



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO
GROSSO DO SUL/CAMPUS DO PANTANAL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS



FERNANDO EDUARDO SILVA DE ANDRADE

**COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA: A GESTÃO DA SAÚDE NAS CIDADES
GÊMEAS DE CORUMBÁ (BR) E PUERTO QUIJARRO (BO)**

CORUMBÁ/MS

2025

Fernando Eduardo Silva de Andrade

**COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA: A GESTÃO DA SAÚDE NAS CIDADES
GÊMEAS DE CORUMBÁ (BR) E PUERTO QUIJARRO (BO)**

Relatório de defesa de dissertação apresentado
ao Curso de Pós-Graduação Mestrado em
Estudos Fronteiriços da Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre.

Linha de Pesquisa: Estratégias políticas,
mobilidade humana e desenvolvimento
territorial.

Orientador: Dr. Edgar Aparecido da Costa
Coorientadora: Dra. Luiza Vieira Sá de
Figueiredo

Corumbá/MS

2025

FERNANDO EDUARDO SILVA DE ANDRADE

**COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA: A GESTÃO DA SAÚDE NAS CIDADES
GÊMEAS DE CORUMBÁ (BR) E PUERTO QUIJARRO (BO)**

Relatório de Defesa de dissertação apresentado ao Curso de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Aprovado em 18/11/2025, com Conceito APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Dr. Edgar Aparecido da Costa

(Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/PPGEF)

Coorientadora

Dr. Luiza Vieira Sá de Figueiredo

(Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/PPGEF; Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados - ENFAM/DF)

1º Avaliador

Dr. Aguinaldo Silva

(Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/PPGEF)

2º Avaliador

Dr^a. Roberta Ferme Sivolella

(Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; Corregedoria Nacional de Justiça - CNJ)

1º Suplente

Dr^a. Beatriz Lima de Paula Silva

(Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/PPGEF)

2º Suplente

Dr^a Maria Cristina Lanza de Barros

(Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/CPAN)

Dedico o presente trabalho a minha esposa, que me apoiou e incentivou nessa retomada acadêmica. Sem seu apoio e paciência esse trabalho não seria possível.

Aos meus pais, por não medirem esforços para me dar uma boa educação humana e intelectual, desde minha tenra idade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente meus orientadores valorosos, Edgar e Luiza, que com o conhecimento próprio de cada um, conseguiram lançar luzes em diversos temas que escapavam do meu conhecimento, iluminando o caminho trilhado na construção da presente tese. Foram verdadeiros guias intelectuais, sem o direcionamento de ambos, eu não teria conseguido.

Estendo meus agradecimentos também a todos os professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Estudos Fronteiriços da UFMS, que me ajudaram a compreender a fronteira de uma forma que minha limitada formação profissional não me permitiria.

Agradeço também a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde do município de Corumbá, que de maneira muito gentil compartilhou os dados e permitiu a realização das entrevistas com os profissionais da área de saúde do município. Sem a visão das pessoas que atuam na área, o trabalho não passaria da mera abstração teórica.

Registro também meus agradecimentos aos gestores e profissionais da saúde de Puerto Quijarro, que na medida do possível, contribuíram com a presente pesquisa.

Não poderia deixar de agradecer ao Excelentíssimo cônsul do Brasil na cidade de Puerto Quijarro, o Dr. Silvio Assumpção, que foi um verdadeiro conselheiro em minha pesquisa. A contribuição de uma diplomata de carreira foi essencial para melhor compreender todas as peculiaridades que existem e vicissitudes que ocorrem na nossa região de fronteira.

Por fim, registro meus agradecimentos a todos os profissionais da saúde de Corumbá e Quijarro, que com seu trabalho árduo e incansável, cuidam da vida e da integridade física dos cidadãos fronteiriços.

“Oremos para que, com a ajuda do Senhor e com a colaboração dos homens de boa vontade, se defenda cada vez mais uma cultura do encontro, capaz de derrubar todos os muros que ainda dividem o mundo. Onde há um muro, há um coração fechado. Precisamos de pontes, não de muros.”

(Papa Francisco)

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo analisar os desafios e propor caminhos para a efetivação de uma gestão compartilhada da saúde em regiões de fronteira, à luz do princípio da universalidade do direito à saúde e dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil. Partindo da premissa teórica da igualdade entre brasileiros e estrangeiros, o estudo examina os marcos normativos que sustentam o acesso de estrangeiros ao Sistema Único de Saúde (SUS), as estratégias de gestão adotadas nas regiões de fronteira brasileiras e as experiências nacionais e internacionais de cooperação sanitária transfronteiriça. A pesquisa adota metodologia quantitativa, qualitativa e exploratória, fundamentada em revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas realizadas com gestores, profissionais de saúde e representantes institucionais de ambos os lados da fronteira entre Corumbá e Puerto Quijarro. Os resultados evidenciam uma realidade assimétrica entre os sistemas de saúde dessas cidades-gêmeas, marcada por desigualdades estruturais, administrativas e financeiras que comprometem a continuidade de tratamentos, a troca de informações epidemiológicas e a coordenação de ações de vigilância sanitária. Ainda assim, observa-se disposição dos atores locais em avançar para mecanismos cooperativos que superem a mera assistência emergencial e informal e consolidem práticas institucionais permanentes. Como proposta prática, a dissertação sugere a criação do Comitê Binacional de Saúde Corumbá–Puerto Quijarro, concebido como espaço permanente de diálogo, planejamento e execução de ações conjuntas em saúde, sustentado pela paradiplomacia municipal e pela cooperação técnica entre instituições locais. Conclui-se que a consolidação de políticas de cooperação sanitária em regiões de fronteira depende da institucionalização desses espaços binacionais, com respaldo normativo, financiamento conjunto e envolvimento das universidades, órgãos locais de saúde e da sociedade civil. Assim, reafirma-se a fronteira como território de integração e solidariedade, no qual a efetivação do direito à saúde exige governança compartilhada e comunicação institucional permanente entre nações vizinhas.

Palavras-chave: Cooperação transfronteiriça; Direito à saúde; Fronteira; Paradiplomacia; Comitê Binacional de Saúde.

RESUMEN

La presente disertación tiene como objetivo analizar los desafíos y proponer caminos para la implementación de una gestión compartida de la salud en las regiones de frontera, a la luz del principio de universalidad del derecho a la salud y de los compromisos internacionales asumidos por Brasil. Partiendo de la premisa teórica de la igualdad entre brasileños y extranjeros, el estudio examina los marcos normativos que sustentan el acceso de los extranjeros al Sistema Único de Salud (SUS), las estrategias de gestión adoptadas en las zonas fronterizas brasileñas y las experiencias nacionales e internacionales de cooperación sanitaria transfronteriza. La investigación adopta una metodología cuantitativa, cualitativa y exploratoria, basada en revisión bibliográfica, análisis documental y entrevistas realizadas con gestores, profesionales de la salud y representantes institucionales de ambos lados de la frontera entre Corumbá y Puerto Quijarro. Los resultados evidencian una realidad asimétrica entre los sistemas de salud de estas ciudades gemelas, marcada por desigualdades estructurales, administrativas y financieras que dificultan la continuidad de los tratamientos, el intercambio de información epidemiológica y la coordinación de acciones de vigilancia sanitaria. No obstante, existe una voluntad entre los actores locales de avanzar hacia mecanismos de cooperación que vayan más allá de la mera asistencia de emergencia e informal y consoliden prácticas institucionales permanentes. Como propuesta práctica, la disertación sugiere la creación del Comité Binacional de Salud Corumbá–Puerto Quijarro, concebido como un espacio permanente de diálogo, planificación y ejecución de acciones conjuntas en materia de salud, sustentado en la paradiplomacia municipal y en la cooperación técnica entre instituciones locales. Se concluye que la consolidación de políticas de cooperación sanitaria en regiones de frontera depende de la institucionalización de estos espacios binacionales, con respaldo normativo, financiamiento conjunto y participación de universidades, organismos locales de salud y sociedad civil. De esta manera, se reafirma la frontera como un territorio de integración y solidaridad, en el cual la efectivización del derecho a la salud exige una gobernanza compartida y una comunicación institucional permanente entre naciones vecinas.

Palabras clave: Cooperación transfronteriza; Derecho a la salud; Frontera; Paradiplomacia; Comité Binacional de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização da área de estudo	57
Quadro 1 - Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2022	70
Quadro 2 - Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2023	71
Quadro 3 - Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2024	72
Quadro 4 - Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2025	73
Quadro 5 - Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS: 2022-2025	75
Quadro 6 - Atendimento a bolivianos nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS: 2022-2025	75
Quadro 7 - Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2022	76
Quadro 8 - Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2023	77
Quadro 9 - Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2024	78
Quadro 10 - Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2025	79
Quadro 11 - Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá- MS: 2022-2025	80
Quadro 12 – Atendimento a bolivianos nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá- MS: 2022-2025	81
Quadro 13 - Organização, composição, periodicidade de reuniões e eixos de atuação do Comitê Binacional de Saúde Corumbá-Puerto Quijarro	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AICSF – Acordo Interinstitucional de Cooperação em Saúde na Fronteira

BO – Bolívia

BR – Brasil

CDIF – Comissão Permanente para o Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira

CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CIF - Comitê de Integração Fronteiriça

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CPAN - Campus Pantanal

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

ENFAM – Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MS – Mato Grosso do Sul

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PDFF – Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

PIDCP – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PPGEF – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços

SIS Fronteiras – Sistema de Integração em Saúde das Fronteiras

SUS – Sistema Único de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA EM SAÚDE	22
2.1. Abordagem sobre fronteiras e cidades gêmeas	22
2.2. A gestão do SUS nas regiões de fronteira	27
2.3 Os desafios na prestação da Saúde nas Regiões de Fronteira do Brasil	31
2.4. Experiências e modelos cooperativos na saúde em regiões de fronteira	40
2.5. Paradiplomacia e governança territorial como mecanismo de cooperação local em saúde.....	50
3 MATERIAIS E MÉTODOS: CAMINHOS DA PESQUISA	57
4 DIÁLOGOS FRONTEIRIÇOS EM SAÚDE ENTRE AS CIDADES GÊMEAS DE CORUMBÁ (BR) E PUERTO QUIJARRO (BO)	61
4.1 Um comparativo da legislação relacionada à saúde nas cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro.....	61
4.1.1 O SUS brasileiro e sua universalidade	62
4.1.2 O Sistema de saúde boliviano	65
4.2 Atendimento a estrangeiros em Corumbá nos anos de 2022 a 2025	67
4.3 Existência de diálogos e formas de cooperação entre os gestores de saúde das cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro.....	81
4.3.1 Iniciativas binacionais de cooperação em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro	81
4.3.2 Percepções dos gestores e profissionais de saúde em relação às possibilidades e limitações da cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro	83
4.3.3 Percepções das autoridades consulares em relação às possibilidades e limitações da cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro	86
5. PROPOSTA DE COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA PARA GESTÃO DA SAÚDE ENTRE AS CIDADES-GÊMEAS DE CORUMBÁ E PUERTO QUIJARRO.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	115

1 INTRODUÇÃO

As fronteiras, delineadas como regiões geográficas que se destacam pela constante presença de interações internacionais, assumem uma importância crucial na dinâmica geopolítica. No contexto brasileiro, as extensas fronteiras terrestres, totalizando 16.885,7 km (Brasil, 2015), conferem a essa área uma posição central no que concerne à integração regional e ao desenvolvimento nacional. Especificamente, é nas cidades-gêmeas que essa integração se intensifica, tornando-se uma faceta essencial para compreender os desdobramentos socioeconômicos.

Nestas localidades, os desafios vivenciados em cada lado da fronteira transcendem a mera delimitação geográfica, transformando-se em questões de interesse comum para ambas as populações envolvidas. Este fenômeno implica em uma interdependência que, por sua vez, pode influenciar significativamente o desenvolvimento dessas comunidades fronteiriças. As adversidades experimentadas em um dos lados da fronteira reverberam e afetam diretamente a qualidade de vida e a prosperidade do lado oposto, consolidando, assim, uma rede intrincada de relações que ultrapassam barreiras nacionais e permeiam a realidade cotidiana dessas populações.

A relevância política das cidades-gêmeas, embora marcada por características distintivas, não está isenta de desafios: proximidade geográfica dessas localidades e a eventual confusão territorial e populacional que delas decorre, introduzem complexidades que resultam em obstáculos à efetivação de direitos, especialmente para a população vulnerável, seja economicamente ou não.

A gestão do território fronteiriço para demandas relacionadas à saúde pública impõe desafios à atuação dos órgãos encarregados de salvaguardar os direitos dessa população. Nesse contexto, destaca-se nas cidades gêmeas à insuficiência ou a ausência de mecanismos eficazes de cooperação internacional em relação ao tema, ganhando força a informalidade e desorganização na abordagem do problema, seja através de mecanismos utilizados pela população para acessar o sistema de saúde, seja pela própria operacionalização do sistema por parte dos gestores municipais (Costa, 2018).

O direito à saúde atualmente é considerado um direito humano ou direito fundamental, até porque o bem-estar físico e mental é imprescindível a uma vida digna. A partir do momento em que se reconhece a igualdade entre todos os membros da espécie humana, sem preconceitos, surge um imperativo ético de tratar os indivíduos não como “nacionais” ou “estrangeiros”, mas

sim como pessoas, focando no seu atributo de humanidade inerente (igualdade) e não simplesmente na sua nacionalidade (diferença)¹.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi promulgada em 10 de dezembro de 1948 (ONU, 1948), fruto de uma busca pela difusão da paz e igualdade entre os seres humanos, em razão das atrocidades ocorridas na 2^a Grande Guerra Mundial. O Brasil assinou e ratificou o tratado na data da sua promulgação, contudo somente em 1992 o diploma legal foi incorporado formalmente na ordem jurídica interna, através do Decreto Legislativo nº 226 de 12 de dezembro de 1991 (Brasil, 1991) e do Decreto nº 592 de 6 de julho de 1992 (Brasil, 1992).

A DUDH consagra, entre seus diversos diplomas, o princípio de que os direitos humanos são universais, sendo aplicáveis a todas as pessoas, sem discriminação de qualquer tipo, encontrando seu maior destaque no preâmbulo e em no art. 1º:

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo; [...] Artigo 1º Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade (ONU, 1948).

Seguindo a linha da universalidade inaugurada com a DUDH foram editados diversos outros tratados e protocolos facultativos com o mesmo objetivo, a exemplo do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966), Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (1966) na ordem do “sistema global” de proteção e a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica - 1969) e o seu Protocolo Adicional (Protocolo de San Salvador - 1988), no âmbito do “sistema regional” de proteção.

No Brasil, norma semelhante ao art. 1º da DUDH no que concerne ao princípio da igualdade está prevista na Constituição Federal. Todavia, o legislador constituinte originário inseriu no dispositivo a expressão “estrangeiros residentes no país”, o que em um primeiro momento poderia levar à conclusão que os direitos consagrados na nossa Constituição e demais Leis Ordinárias apenas teriam como destinatários os brasileiros e os estrangeiros com residência em solo pátrio. Conforme o 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 [...]” (Brasil, 1988):

¹ A abordagem apresentada no texto inspira-se na clássica reflexão de Boaventura de Sousa Santos, que destaca a tensão entre igualdade e diferença. Para o autor, a igualdade reconhece a humanidade comum a todos os indivíduos, enquanto a diferença valoriza as especificidades sem que estas sejam hierarquizadas. Tal concepção busca superar o dilema da uniformidade ou exclusão, propondo um equilíbrio em que a igualdade não apague as diferenças e estas não comprometam os direitos fundamentais (Santos, 2020, p. 34-36).

Felizmente, o Supremo Tribunal Federal decidiu, ao julgar o Recurso Extraordinário (RE) 466.343, em 2008, em caso que tratava sobre a possibilidade ou não de prisão do “depositário infiel”, que os direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição são aplicáveis a todos os indivíduos, incluindo estrangeiros não residentes no Brasil (STF, 2008).

Tal caso tratou da aplicabilidade do direito relacionado às liberdades públicas, ou seja, de direito classicamente reconhecido como de primeira dimensão. No que tange ao direito à saúde, tal direito encontra-se inserido nos chamados direitos de segunda dimensão, cuja incidência se relaciona com direitos sociais, com previsão na nossa Constituição Federal em seu art. 186: “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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Os direitos sociais podem ser conceituados como: “um conjunto de faculdades e posições jurídicas pelas quais um indivíduo pode exigir prestações do Estado ou da sociedade ou até mesmo a abstenção de agir, tudo para assegurar condições materiais e socioculturais mínimas de sobrevivência” (Ramos, 2022, p. 72-73).

No que concerne o conceito de direito à saúde, a Organização Mundial da Saúde conceitua como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946), possuindo uma dimensão biopsicossocial.

Segundo o §4º do Comentário Geral n. 14 do Comitê do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC):

o direito à saúde abrange uma ampla gama de fatores socioeconômicos que promovem condições em que as pessoas podem levar uma vida saudável, e se estende até os determinantes subjacentes da saúde, tais como a alimentação e nutrição, a habitação, o acesso a água limpa e potável e a condições sanitárias adequadas, condições de trabalho seguras e sadias e um meio ambiente saudável (ONU, 2000).

Sobre o tema, existe forte crença entre os agentes públicos no sentido de que os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, por demandarem um custo para sua efetivação, não poderiam ser usufruídos pelos estrangeiros, salvo em caso de urgência e emergência, isso pelo fato de não contribuírem com a produção das riquezas nacionais.

Todavia, o entendimento mais acertado em relação à temática é que todos os direitos humanos têm uma faceta negativa (dever de abstenção) e um faceta positiva (dever de promoção), demandando, portanto, uma compreensão unitária:

A compreensão fragmentada dos direitos fundamentais (direitos negativos, de um lado; direitos positivos, de outro), sem a previsão de um regime jurídico geral, não permitiu que se constatasse a interligação entre as estruturas variáveis de todos os direitos fundamentais, nas quais cada vez mais a eficácia concreta de certa posição

jurídica constitucional, independentemente de seu núcleo essencial, é dependente de pluralidade incindível de condutas comissivas e omissivas, as quais têm por destinatários tanto o Estado como o particular (Shäfer, 2018, p. 87).

Ademais, é importante destacar que, conforme a Lei nº 13.445/2017, conhecida como Lei de Migração, o Brasil reafirmou seu compromisso com os direitos humanos ao assegurar que migrantes, independentemente de sua situação documental, tenham acesso aos serviços públicos, incluindo a saúde. Essa legislação representa um avanço significativo na proteção dos direitos dos migrantes, dentre eles o fronteiriço, alinhando-se aos princípios constitucionais de dignidade da pessoa humana e igualdade.

Assim, no que concerne ao direito à saúde, os Estados são obrigados a adotar políticas públicas efetivas com a finalidade de promover e proteger a saúde dos cidadãos, sejam eles nacionais ou estrangeiros.

Costa (2018) ao realizar diversas entrevistas com os diretores da Santa Casa de Corumbá entendeu que existem poucas pesquisas sobre a matéria da utilização plena do Sistema de Saúde pelos estrangeiros fronteiriços, além de uma ausência da regulação do envio de recursos estaduais ou federais ao município, que acaba tendo que arcar sozinho com os atendimentos:

[...] algumas estratégias de sobrevivência para conseguir atendimento médico no lado brasileiro são utilizadas por bolivianos residentes em Puerto Quijarro e Puerto Suárez, como obter o cartão do SUS e CPF mesmo sem o RG (carteira de identidade brasileira), nem a Cédula de Identificação de Estrangeiro, emitida pela Polícia Federal, e exigida para confecção do cartão SUS em Corumbá. Em geral, essas pessoas apresentam sua carteira de identidade boliviana e informam um endereço no lado brasileiro como se residissem em Corumbá, o que permite a retirada de alguns desses documentos (Costa, 2018, p. 394).

Essas e outras estratégias demonstram o descompasso e crescente dificuldade de adaptação entre os conceitos de nacionalidade, soberania, cidadania e as relações dinâmicas presentes nas regiões de faixa de fronteira, especialmente nas cidades-gêmeas, onde o fluxo de pessoas, mercadorias, interesses e recursos escapam da fiscalização e controle estatal. Nesse ponto, chega-se a questionar a efetiva capacidade de regulação e proteção dos direitos humanos através do enfoque tradicional de nacionalidade e soberania, pois segundo Alvares et al., (2013, p. 13-14):

[...] na atualidade, pode-se indagar igualmente se as mudanças advindas da assim chamada globalização, dos novos fluxos populacionais, da intensificação das transações econômicas, legais e ilegais, não estariam transformando a própria natureza das fronteiras nacionais e mesmo do próprio estado-nação.

Dessa forma, percebe-se que o dinamismo da sociedade atual – em que as trocas e fluxos atingiram patamares nunca vistos – acaba causando fortes impactos nos conceitos tradicionais de nação-soberana e cidadão-nacional, onde o pleno exercício dos direitos somente poderia ser realizado dentro de um território onde o sujeito de direitos fosse nacional (Reis, 2004).

Essas relações melhoraram, principalmente com o crescente reconhecimento e proteção dos direitos humanos na ordem internacional, o que vem fazendo com que os Estados tenham que redefinir suas fronteiras internas e externas, em razão do caráter universal dos direitos humanos (Reis, 2004).

A adesão por parte da República Federativa do Brasil dos tratados internacionais de direitos humanos, a realização de pactos bilaterais, acordos regionais e o diálogo entre as cortes nacionais e internacionais, demonstra que a universalização dos direitos humanos e a proteção de todo o ser humano independente de sua origem é de interesse do povo brasileiro, estando inclusive disposto no art. 4º da CRFB, que “A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: [...] II - prevalência dos direitos humanos; [...] IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade; [...]” (Brasil, 1988).

No Sistema da ONU, especificamente em relação ao direito à saúde, o já citado Comentário Geral n. 14 do Comitê do PIDESC preceitua em seu §33º que:

Da mesma forma que os demais direitos humanos, o direito à saúde impõe três tipos ou níveis de obrigações aos Estados Partes: a obrigação de respeitar, proteger e cumprir. Por sua vez, a obrigação de cumprir compreende a obrigação de facilitar, proporcionar e promover. A obrigação de respeitar exige que os Estados se abstêm de se ingerir direta ou indiretamente no exercício do direito à saúde. A obrigação de proteger requer que os Estados adotem medidas para impedir que terceiros interfiram na aplicação das garantias previstas no artigo 12. Por último, a obrigação de promover requer que os Estados adotem medidas apropriadas de caráter legislativo, administrativo, orçamentário, judicial ou de outra índole para dar plena efetividade ao direito à saúde (ONU, 2000).

O Comentário Geral nº 14 ainda estabelece que o direito à saúde, conforme previsto no artigo 12 do PIDESC, deve ser assegurado a todas as pessoas, sem qual quer tipo de discriminação.

No parágrafo 12(b), o Comitê enfatiza a necessidade de acessibilidade universal aos serviços de saúde, especialmente para grupos marginalizados e vulneráveis. Além disso, no parágrafo 34, reforça-se a obrigação dos Estados de garantir acesso igualitário ao seu sistema de saúde para todas as pessoas, inclusive minorias e imigrantes ilegais. Já no parágrafo 43(a), o documento destaca a necessidade de garantir o direito de acesso às instalações de saúde, bens e serviços de forma não discriminatória, especialmente para grupos vulneráveis ou marginalizados, dentre os quais se incluem os migrantes, legais ou ilegais.

Já no artigo 40, o Comitê ressalta a responsabilidade conjunta e individual dos Estados partes de cooperar na provisão de ajuda humanitária e assistência em situações de emergência, incluindo apoio a refugiados e pessoas deslocadas internamente. Essa obrigação implica que cada Estado contribua para essa tarefa de acordo com suas capacidades, priorizando a assistência às populações mais vulneráveis e marginalizadas. Além disso, o artigo destaca a

responsabilidade especial dos Estados economicamente desenvolvidos em apoiar os Estados em desenvolvimento, especialmente no que diz respeito à provisão de recursos essenciais, incluindo suprimentos médicos e ajuda financeira, além de tratar de doenças transmissíveis que ultrapassam as fronteiras nacionais.

Assim, o Comentário Geral nº 14 reafirma a universalidade do direito à saúde e a obrigação estatal de implementar medidas que garantam sua efetividade sem discriminação e de forma cooperativa, tendo os estados partes a obrigação de respeitar, proteger e promover a saúde, em todas as esferas de poder, sem qualquer tipo de discriminação, com a finalidade de garantir a plena efetividade desse direito.

No sistema interamericano, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos tem publicado diversos informes e relatórios anuais sobre a temática, merecendo destaque o relatório *“Movilidad Humana: Estándares Interamericanos”*, o qual enfatiza que os Estados devem assegurar que todas as pessoas sob sua jurisdição, independentemente de sua situação migratória, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade. A omissão nesse sentido pode representar uma violação à Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CIDH, 2016).

Contudo, todo esse entendimento e adesão expressa de valores não passa de mero protocolo de interesses, caso não acompanhados de políticas públicas efetivas, além do conhecimento e respeito por parte dos agentes públicos, que tem a missão de concretizar em termos práticos a vontade do povo brasileiro, explicitada por meio das escolhas políticas feitas pela União Federal, tanto no âmbito interno, quanto internacional.

A problemática em relação a efetiva proteção e não discriminação em relação à saúde se torna ainda mais complexa em razão da intensidade da interação na região de fronteira, sendo ainda mais perceptível nas cidades-gêmeas, como é o caso de Corumbá e Puerto Quijarro, onde é frequente a utilização do Sistema Único de Saúde brasileiro por parte da população fronteiriça boliviana, seja em caso de urgência e emergência, ou ainda em casos de tratamentos regulares, como oncologia e hemodiálise (Costa, 2018).

De acordo com Martins e Carneiro (2021), ainda que não existam estudos mais detalhados sobre a temática, principalmente pela falta de dados precisos tanto por parte dos gestores da saúde do Brasil como da Bolívia, o que se percebe pela análise e entrevistas com os gestores locais é de uma crescente demanda pelos serviços de saúde nos municípios fronteiriços, principalmente em razão das disparidades econômicas e estruturais.

Para encerrar qualquer tipo de discussão existente a respeito do direito de acesso ao estrangeiro ao nosso SUS, foi promulgada em 2017 a Lei 13.445 (Lei de Migração), que

explicitou de forma mais direta o direito do estrangeiro – especialmente o fronteiriço – aos serviços do Sistema Único de Saúde Brasileiro:

[...] há a concessão, assim, de uma espécie de cidadania regional, em que o estrangeiro é cidadão do seu país de origem, mas, por residir muito próximo ao Brasil, exerce alguns atos da sua vida civil em território nacional, sendo um dos atos extremamente atrativos aqueles relacionados ao uso dos serviços públicos de saúde brasileiros, que, por serem de qualidade e gratuitos, são utilizados não somente pelos residentes nos Municípios fronteiriços, mas ainda por brasileiros e estrangeiros que residem nas localidades contíguas à fronteira brasileira (Pereira et al., 2018, p. 44).

Portanto, é possível perceber através das considerações lançadas, que a característica da universalidade dos direitos humanos, somada aos compromissos assumidos pelo Brasil não só na ordem internacional, como também na ordem interna, possibilita de forma plena o exercício dos direitos sociais pelos estrangeiros no que concerne inclusive o direito à saúde pública de qualidade dentro do SUS.

Tal garantia deve ser acompanhada de políticas públicas efetivas e conscientização dos agentes públicos do direito da população estrangeira fronteiriça, principalmente em relação à saúde. A situação tem peculiar relevância quando o compromisso internacional é firmado pela União, e quem suporta não só o custo do tratamento, como a operacionalização de toda rede saúde é o município fronteiriço, sem a efetiva compensação ou repasse de recursos de forma adequada:

[...] no campo prático, os entes subnacionais do Brasil, como Estados e Municípios em áreas de fronteiras, são os responsáveis pela prestação de saúde dos residentes fronteiriços. Contudo, há limitação ao tratamento da matéria em âmbito local. Destacando a necessidade de colaboração do Governo federal com os Municípios brasileiros fronteiriços, Ventura e Fonseca destacam que isso não conduz a uma atuação de política exterior aos Municípios, inclusive porque do ponto de vista jurídico, a autonomia dos entes municipais tem limites (Pereira et al., 2018, p. 47).

Assim, é necessário reconhecer os compromissos assumidos pelo Brasil e retirar os estrangeiros usuários do serviço da sua invisibilidade, permitindo um maior protagonismo da comunidade fronteiriça na gestão da saúde regional, racionalizando a utilização do sistema e repartindo o ônus da prestação desse serviço, pensando em uma cooperação internacional, tal como idealizada inclusive pelo nosso Constituinte Originário em 1988.

No caso da realidade fronteiriça das cidades de Corumbá-Puerto Quijarro, antes de pensar no uso cooperativo dos recursos médicos de ambos os lados da fronteira se faz necessário realizar uma análise comparativa do ordenamento jurídico sobre a saúde existente entre Brasil e Bolívia. Para que possamos pensar em uso cooperativo da infraestrutura médica, precisamos compreender até que ponto os sistemas jurídicos podem dialogar entre si.

Além disso, é preciso identificar a infraestrutura disponível em cada lado da fronteira e como ela é utilizada pelos cidadãos fronteiriços. No mesmo sentido, é imprescindível identificar

o real conhecimento dos gestores a respeito dos direitos da população, e de que forma eles têm cooperado na matéria de saúde fronteiriça.

Esta pesquisa parte da seguinte pergunta: existem possibilidades de cooperação transfronteiriça para gestão da saúde nas cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro? Já acontece em alguma cidade-gêmea brasileira? Até que ponto a estrutura de saúde dessas cidades pode ser complementar?

Mais recentemente, firmado em 06 de outubro de 2017, destaca-se o Acordo Interinstitucional de Cooperação em Saúde na Fronteira Brasil-Bolívia (AICSF), que buscou estimular o desenvolvimento de ações conjuntas na área da saúde, com a implementação de grupos de trabalho para promover a integração e cooperação através de programas e projetos voltados aos serviços de saúde. Dentro das disposições do documento, merece especial destaque o seu Artigo V, 2., o qual dispõe que Brasil e Bolívia: “**buscarão estimular a participação local, por meio dos Comitês de Integração Fronteiriça e outras formas de organizações da sociedade civil**” (Brasil, 2017, grifo nosso).

Avançando mais na temática, em 9 de julho de 2024, foi firmado o Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Esportes do Estado Plurinacional da Bolívia. Este protocolo estabelece as bases para a coordenação no acesso recíproco aos serviços públicos de saúde entre os dois países. Entre os principais objetivos, destaca-se a criação de um Grupo de Trabalho para desenvolver um instrumento bilateral que assegure atendimento médico gratuito e recíproco aos cidadãos brasileiros e bolivianos. Adicionalmente, o protocolo promove a troca de experiências bem-sucedidas na área da saúde, com foco na melhoria das condições de vida nas regiões fronteiriças, fortalecendo os laços de cooperação bilateral e amizade entre os dois países (Brasil, 2024).

Pela análise desses documentos firmados entre os governos do Brasil e da Bolívia, denota-se o estímulo ao protagonismo das comunidades locais, até porque a cooperação entre as fronteiras deve ser estruturada e implementada de forma diferente, ajustada às realidades de cada região.

A importância de se pensar e se estruturar o atendimento médico, política sanitária e combate epidemiológico na faixa de fronteira, de forma cooperativa, entre Corumbá e Puerto Quijarro, se explica pela constatação lógica de que os problemas daí decorrentes não respeitam a linha imaginária divisória do território entre Brasil e Bolívia (Santo e Voks, 2023).

Compartilhar a gestão do território nas zonas de fronteira pode ocorrer tanto por acordos de cooperação transfronteiriça ou comitês de fronteira, chefiados pelos cônsules de cada país.

No entanto, observou-se que esses pactos têm em sua maioria se destinado para acordos na área econômica ou de segurança pública, sem discussões substantivas sobre assuntos relacionados à saúde (Santo e Voks, 2023).

Ao analisar os trabalhos disponíveis no Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (PPGEF) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), observa-se uma produção acadêmica significativa relacionada à saúde pública em regiões de fronteira.

Em 2010 foi realizado um estudo intitulado “Fronteira e regionalização da saúde: os dilemas da microrregião de Corumbá”, de autoria de Wagner Aparecido da Silva. O trabalho contribuiu para a identificação da necessidade de criar uma microrregião de saúde em Corumbá, apontando as necessidades da região fronteiriça, pelo seu contexto de distância dos grandes centros regionais e nacionais.

Outro estudo digno de nota foi “Geopolítica da Contenção da Pandemia do Sars-Cov-2 na fronteira internacional Brasil-Bolívia: um estudo sobre a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a macrorregião de saúde de Corumbá”. Tal estudo elaborado por Rafael Rocha Sá em 2023 contribuiu para coleta de dados e identificação do perfil dos usuários do sistema, ressaltando a necessidade de políticas públicas que integrem os estrangeiros, principalmente o fronteiriço de origem boliviana, ao nosso sistema de saúde.

Mais recentemente, em 2024, destaca-se o estudo realizado por Juliane da Silva Cordeiro, intitulado “Gestão do território fronteiriço: atendimento ao migrante na rede de urgência e emergência de Corumbá-MS”. Neste trabalho a autora buscou identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos migrantes nos serviços de urgência e emergência do município, concluindo pela necessidade de adaptar o processo de trabalho nas unidades, além de capacitar os profissionais para garantir um atendimento digno ao migrante.

Esses estudos evidenciam a preocupação acadêmica com a saúde pública nas regiões de fronteira, alinhando-se ao tema proposto. O presente trabalho apesar de analisar a mesma problemática, se diferencia dos demais pois busca a solução da questão também do outro lado da fronteira, reconhecendo a necessidade de integração do SUS brasileiro com o sistema de saúde boliviano, em uma ótica cooperativa transfronteiriça.

Compartilhamos, portanto, as mesmas conclusões de Figueiredo (2013, p. 126):

Nesse contexto, é necessário um novo tipo de atuação dos Estados nacionais, através da criação de mecanismos legais e administrativos. Não obstante, de nada adiantaria que esses mecanismos fossem criados internamente, pois a gestão fronteiriça deve ser feita em conjunto com o país vizinho. Indispensável haver, portanto, conjugação de esforços bi, tri, ou multinacionais, conforme o caso, para que esses novos mecanismos possam ser viáveis e funcionais. O regime jurídico para a fronteira tem que se despir

de rótulos de nacionalidade para abarcar a categoria do cidadão fronteiriço.

O objetivo do trabalho é estudar as possibilidades de cooperação transfronteiriça para gestão da saúde nas cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro. Como objetivos específicos, o trabalho buscará discutir e comparar a legislação e estruturas relacionadas à saúde nas cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro; averiguar a existência de diálogos e formas de cooperação entre os gestores de saúde das cidades-gêmeas brasileiras e sua possibilidade de aplicação em Corumbá e Puerto Quijarro; propor estratégias de cooperação transfronteiriça para gestão da saúde entre as cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro.

A estrutura do trabalho foi dividida da seguinte forma: partindo da premissa lançada nessa introdução, ou seja, de que o estrangeiro – especialmente o fronteiriço – tem acesso pleno ao SUS brasileiro, foi realizada uma análise específica sobre as regiões de fronteira, especialmente das peculiaridades existentes entre as cidades gêmeas, que são locais onde as interações da população da faixa de fronteira são intensificadas. Esse nível de interação e aproximação foi inclusive o que justificou a escolha do estudo em concentrar a análise nas cidades gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro, excluindo da análise as eventuais interações e problemáticas também em relação às cidades de Ladário e Puerto Suárez, as quais também fazem parte da mesma região de fronteira.

Após isso, foi feita pesquisa sobre eventuais políticas públicas e normas sobre a estruturação do SUS brasileiro em zonas de fronteira. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a evolução da gestão estatal do território fronteiriço ao longo do tempo, o que demonstrou a preocupação dos gestores públicos e pesquisadores sobre o tema da saúde pública nas regiões de fronteira, que apesar dos avanços iniciados pelo Pacto pela Saúde desde 2006 e da implementação do SIS fronteiras em 2005, ainda é um tema que carece de avanços, principalmente no que concerne o tema de cooperação transfronteiriça.

Como forma de compreender melhor todas as questões envolvendo a prestação da saúde pública em regiões de fronteira, foram analisadas pesquisas acadêmicas em outras regiões fronteiriças, além de trabalhos jornalísticos sobre a temática, onde foram realizados estudos de casos, entrevistas com gestores públicos e compilação de dados relacionados ao atendimento dos estrangeiros. Dessa análise, foi possível atestar a preocupação dos gestores da saúde em região de fronteira quanto à crescente demanda do estrangeiro em busca de acesso aos sistema de saúde brasileiro, que por ter a característica da universalidade e estrutura em regra superior aos países vizinhos, acaba atraindo um quantitativo de atendimentos maior do que a sua capacidade de oferta adequada, fazendo com que os municípios brasileiros tenham que arcar com a prestação do serviço de saúde tanto em relação ao seus nacionais quanto os estrangeiros.

Como forma de colocar em prática a gestão de forma compartilhada do sistema de saúde transfronteiriço, a pesquisa focou nos conceitos de paradiplomacia e de governança territorial, instrumentos que têm a capacidade de operacionalizar e democratizar a temática, expandindo o foco e os métodos de enfrentamento da problemática.

Voltando o enfoque para a realidade fronteiriça entre as cidades gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro, foi feita uma análise tanto das normas que regulam a saúde na região. Descobriu-se que a Bolívia já evoluiu bastante no âmbito normativo em relação ao acesso integral e gratuito ao sistema único de saúde. No entanto, em termos de infraestrutura, a entrevista com os gestores demonstrou que ainda existe uma grande diferença em relação às duas cidades gêmeas. Infelizmente, não foi possível realizar uma comparação com base em dados da infraestrutura entre os dois municípios, em razão da impossibilidade de acesso aos dados do município boliviano.

Por fim, com base na revisão da literatura e das reflexões do pesquisador sobre as entrevistas com os gestores, foi proposto um modelo inicial de cooperação transfronteiriça, com a criação de um Comitê Binacional de Saúde Transfronteiriça entre Corumbá e Puerto Quijarro.

2 COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA EM SAÚDE

O presente capítulo aborda a importância da cooperação transfronteiriça em saúde, especialmente nas regiões de cidades-gêmeas, como Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia). Com base em referenciais teóricos e estudos de casos paradigmáticos em outras regiões fronteiriças, discute-se a necessidade/possibilidade de integração dos sistemas de saúde, os desafios enfrentados na prestação de serviços nas zonas fronteiriças e as estratégias adotadas para garantir o acesso universal e igualitário à saúde.

A análise inclui conceitos sobre fronteira, regionalização do SUS, experiências exitosas de cooperação em contextos similares e práticas de paradiplomacia regional e governança territorial, visando fundamentar as propostas de ações colaborativas voltadas à gestão compartilhada da saúde na região de fronteira entre Corumbá e Puerto Quijarro.

2.1 Abordagem sobre fronteiras e cidades gêmeas

As fronteiras, delineadas como regiões geográficas que se destacam pela constante presença de interações internacionais, assumem uma importância crucial na dinâmica geopolítica.

Elas podem ser analisadas sob diversas óticas. Sob o aspecto normativo, a Constituição Federal de 1988 conceitua fronteira, no seu art. 20, §2º, como “a área compreendida dentro de cento e cinquenta quilômetros perpendiculares à linha do limite do território brasileiro” (Brasil, 1988).

De acordo com a concepção anglo-saxônica, a fronteira pode ser encarada de duas formas diferentes: a) *boundary*, termo que significa linha limítrofe, onde se destaca a delimitação e demarcação, cuja relação se dá entre os conflitos inter-Estados e; b) *frontier*, ou zona de fronteira, termo que permite a ampliação e introdução de conceitos de disciplinas sociais e seus processos econômicos, sociais e culturais (Max e Oliveira, 2009).

Portanto, o estudo realizado – apesar de reconhecer a existência do conceito legal de fronteira – não considerará a fronteira como um “linha-limite” (ou espaço de divisão de dois Estados-nação soberanos), e sim como “zona de fronteira” ou “região de fronteira”, um espaço em que se compartilham valores, onde se buscam políticas públicas para a gestão do território

de forma cooperativa, com a finalidade de ordenar os recursos e tecnologias existentes de forma racional.

Scherma et al. (2015, p. 2) definem a fronteira como uma região ambígua, que, ao mesmo tempo em que separa os ambientes, também se mostra como local de união entre eles:

Como epiderme, a fronteira, ao mesmo tempo em que separa os ambientes interno e externo, é o locus das trocas entre ambos. A partir dessa lógica, alguns autores enxergam a existência de uma faixa de fronteira, ou seja, um espaço territorial de transição, no qual convivem ainda características físicas, políticas e sociais de ambos os lados.

Segundo Ackleson e Kastner (2011), à medida que a modernidade foi gradualmente envolvendo o Ocidente, acompanhada por novas tecnologias de mapeamento e modos de organização política, sobretudo o Estado-nação, normas e regras se desenvolveram para consagrar as práticas territoriais que dominam o nosso mundo contemporâneo: fronteiras estritas, mutuamente definidas, que correlacionam e sustentam a soberania estatal. Contudo, essas fronteiras frequentemente dividem arbitrariamente regiões que podem ter conexões históricas, sociais e econômicas de longa data. Os autores então sugerem uma ruptura com abordagens centradas no estado-nação, para a uma organização de cunho regional, potencialmente operando em diferentes escalas espaciais, como as subnacionais e transnacionais.

Destaca-se, assim, a necessidade de abordagens alternativas para a gestão das fronteiras, que não fiquem associadas exclusivamente no Estado-nação, de forma isolada. Tais abordagens, fora do “*mainstream*”, enfatizam a importância de considerar as interações transnacionais, as dinâmicas locais e as soluções cooperativas para enfrentar os desafios das fronteiras contemporâneas, especialmente nas regiões que demandam uma integração mais profunda entre os países envolvidos.

Figueiredo (2013) propõe uma reinterpretação do conceito de fronteira, defendendo que ele não se limita a uma barreira geográfica ou política, devendo ser compreendida como um espaço dinâmico de trocas culturais, sociais e econômicas. Nas cidades-gêmeas, como Corumbá e Puerto Quijarro, essa condição se manifesta em práticas cotidianas que transcendem os limites formais da soberania estatal.

Especificamente, é nas cidades-gêmeas que essa integração se intensifica, tornando-se uma faceta essencial para compreender os desdobramentos socioeconômicos. Nestas localidades, os desafios vivenciados em cada lado da fronteira transcendem a mera delimitação geográfica, transformando-se em questões de interesse comum para ambas as populações envolvidas. Este fenômeno implica em uma interdependência que, por sua vez, pode influenciar significativamente o desenvolvimento dessas comunidades fronteiriças. As adversidades

experimentadas em um dos lados da fronteira reverberam e afetam diretamente a qualidade de vida e a prosperidade do lado oposto, consolidando, assim, uma rede intrincada de relações que ultrapassam barreiras nacionais e permeiam a realidade cotidiana dessas populações.

Sob a definição de Dorfman e Roses (2005), as cidades-gêmeas são pares de centros urbanos que se encontram frente a frente em um limite internacional. Elas podem ser conurbadas ou não, e apresentam diferentes níveis de interação, que são influenciados por fatores como o tipo de fronteira (seca ou fluvial), as atividades econômicas da região, o grau de atração para migrantes e os processos históricos.

Nesse contexto específico, as cidades-gêmeas desempenham um papel central. Inseridas na zona fronteiriça, distinguem-se por apresentar um nível significativo de interação com o país vizinho devido às suas relações sociais historicamente construídas e favorecidas pela proximidade geográfica. No Brasil, a definição legal de cidade-gêmea é estabelecida pela Portaria nº 125, datada de 21 de março de 2014, emitida pelo Ministério da Integração:

Art. 1º Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (Brasil, 2014).

Frente à sua importância social e geográfica, as cidades-gêmeas foram contempladas pelo Poder Público para promoção do desenvolvimento regional, conforme expõem Silva e Oliveira (2008, p. 2):

Por que as cidades-gêmeas foram contempladas pelo Poder Público para promover o desenvolvimento regional? [...]. Essas conurbações são as mais sensíveis a questões políticas, econômicas e diplomáticas dos países envolvidos, chamadas diferenças horizontais. A escolha das cidades-gêmeas como instrumento analítico e político da integração sul-americana faz-se por essas conurbações, ou proximidades geográficas, estarem situadas adiante desse processo, conotando a fronteira à possibilidade do fortalecimento do MERCOSUL. Afinal, as redes urbanas, em suas diversas escalas (local, regional, nacional e transnacional) têm no urbano a sua articulação.

No caso do Estado de Mato Grosso do Sul, de acordo com lista do Ministério da Integração Nacional (Brasil, 2016), há sete cidades-gêmeas, as quais fazem fronteira com o Paraguai e a Bolívia, quais sejam: Bela Vista, vizinha de Bella Vista Norte (Paraguai); Coronel Sapucaia, vizinha de Capitán Bado (Paraguai); Corumbá, vizinha de Puerto Quijarro (Bolívia); Mundo Novo, vizinha de Salto del Guairá (Paraguai); Paranhos, vizinha de Ypejhú (Paraguai); Porto Murtinho, vizinha de Capitán Carmelo Peralta (Paraguai); e Ponta Porã, vizinha de Pedro Juan Caballero (Paraguai).

A relevância política das cidades-gêmeas traz consigo desafios: a proximidade geográfica e eventual confusão territorial e, consequentemente, populacionais presentes nestas

cidades, que acabam por desaguar em dificuldades à efetivação de direitos, sobretudo da população vulnerável.

Como agravante, no que concerne às interações fronteiriças entre Brasil, Paraguai e Bolívia, é factível observar considerável discrepância socioeconômica entre as localidades urbanas brasileiras e suas contrapartes nas cidades-gêmeas bolivianas e paraguaias. Acerca desta desigualdade, pontuam Martins e Filho (2021, p. 14):

Em relação às interações fronteiriças entre Brasil, Paraguai e Bolívia, mesmo sendo difícil encontrar dados precisos nos órgãos oficiais do Paraguai e da Bolívia em relação às cidades gêmeas, é possível constatar grande disparidade socioeconômica entre as cidades brasileiras e as cidades gêmeas bolivianas e paraguaias, reflexo das diferenças econômicas dos três países.

Apesar da integração e interação existente entre as cidades-gêmeas, verifica-se um claro desequilíbrio na infraestrutura territorial da faixa de fronteira Brasil-Bolívia, o que ganha especial relevância na sensível área da saúde pública, tornando a gestão do território um desafio, revelando a importância do estudo das interações existentes, e a necessidade de propor soluções para as demandas da população fronteiriça.

As localidades presentes em zonas de fronteira guardam suas singularidades em relação ao Estado-nação que elas fazem parte, sendo ao mesmo tempo um espaço de choque e de atração. Dessa característica decorre a necessidade de se buscar não apenas a limitação dos espaços, respeitando as diferenças de cultura e a soberania, como também a adoção de práticas cooperativas em busca do bem comum (Max e Oliveira apud Castello, 2009).

Germendorff e Figueiredo (2022) argumentam que concentrar esforços somente em um lado da fronteira não promove uma proteção em relação aos problemas presentes do outro lado, pois o risco de contaminação e doenças existe em ambos os países. Reconhecem que a preferência dos gestores é a de que cada nacional se utilize do sistema de seu próprio país, mas que essa “condição ideal” está em descompasso com a dinâmica local. Citam os casos de mulheres bolivianas que chegam nas UBS já em trabalho de parto e os nacionais bolivianos com documentação irregular que indicam endereço em solo brasileiro para obterem atendimento. A utilização do sistema de saúde pelos habitantes fronteiriços é uma realidade, assim, partindo dessa premissa, é necessário buscar ações compartilhadas em benefício mútuo.

Costa (2009) defende que os territórios, especialmente os fronteiriços, têm suas particularidades produzidas pela capacidade e disponibilidade dos recursos e tecnologia, e ainda pela possibilidade de acesso pelos diversos segmentos sociais. Dessa forma, se torna imprescindível uma correta identificação desses recursos e tecnologias na zona de fronteira, como forma de racionalizar a gestão do espaço e dos recursos, que quase sempre são escassos.

Portanto, a área da saúde fronteiriça carece de um correto ordenamento do território, que pode ser entendido como uma política complexa para uso adequado dos recursos com base em instrumentos jurídicos e boas práticas administrativas, cuja finalidade é o bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos, devendo ser discutida entre os atores que formam o território (municípios fronteiriços), reduzindo os problemas e dinamizando as potencialidades (Costa, 2009).

Para Figueiredo (2013) a efetivação dos direitos humanos nas faixas de fronteira exige uma governança que articule os entes federativos com mecanismos de cooperação internacional, promovendo a intersetorialidade das políticas públicas e respeitando as peculiaridades regionais. Sustenta-se a necessidade de criação de uma forma específica de "gestão fronteiriça", distinta das políticas centralizadas e padronizadas, considerando as singularidades dos territórios de fronteira. Tal modelo deveria integrar múltiplos níveis de governo e incorporar a participação local, promovendo soluções binacionais para problemas compartilhados.

Especificamente em relação ao tema proposto neste trabalho, é de suma importância a análise de como o SUS é encarado nas regiões de fronteira, e, ainda, os mecanismos e experiências de cooperação que vêm sendo implementados para superar as dificuldades experimentadas nas regiões fronteiriças, especialmente no Brasil.

2.2 A gestão do SUS nas regiões de fronteira

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nas regiões de fronteira brasileiras apresenta uma série de desafios específicos, decorrentes das peculiaridades territoriais, sociais e econômicas dessas áreas.

Fagundes et al. (2018, p. 295) afirmam que em razão do trânsito natural da região de fronteira, a gestão da saúde – que já é dificultada pela escassez de recursos – acaba se tornando um desafio que exige uma postura cooperativa no território fronteiriço:

Em faixas de fronteira, verifica-se que os sistemas locais de saúde devem ser observados a partir da dimensão organizativa de prestação de serviços e ações de saúde oferecidas e também da demanda de uma população que transita por ambos os lados da fronteira. Esse trânsito impõe uma situação delicada enfrentada pelos gestores, da qual se origina, em inúmeras situações, a exigência de cooperação entre os sistemas locais de saúde dos países limítrofes. Entretanto, muitas vezes, a cooperação é bastante assimétrica, influenciada, entre outros fatores, pela postura ético-política dos gestores, reduzindo ou mesmo anulando a possibilidade de atenção aos usuários do sistema, seja brasileiro residindo do outro lado da fronteira internacional, seja não nacionais residentes do outro lado da linha fronteiriça.

A implementação do SUS, estruturado pela Constituição Federal de 1988, e consolidado por normativas subsequentes como o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), tem como princípios fundamentais a universalidade e a descentralização, buscando garantir o acesso equitativo à saúde para todos os cidadãos, independentemente de sua nacionalidade. No entanto, as regiões de fronteira exigem um olhar atento à complexidade dessas dinâmicas transnacionais, que envolvem alta mobilidade populacional, desigualdades sociais, e desafios administrativos.

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, foi um marco na busca pela regionalização da saúde, promovendo a descentralização das ações de saúde e a cooperação entre os gestores municipais, estaduais e federais. A regionalização defendida no Pacto pela Saúde ganhou um caráter ainda mais relevante, ao contemplar as regiões de fronteira como territórios que demandam uma abordagem diferenciada, inclusive no que concerne o financiamento, levando em conta a identidade cultural, social e a proximidade dos serviços de saúde entre países vizinhos (Preuss, 2018).

De acordo com Preuss (2018), o Pacto pela Saúde avança ao contemplar as regiões de fronteira dentro do eixo estruturante da regionalização da saúde, devendo o Ministério da Saúde promover a articulação entre os países e órgãos envolvidos, para a implementação do sistema de saúde e organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional.

Na visão de Preuss (2018, p. 332):

[...] o projeto de regionalização, evidenciado com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), desempenha papel importante, pois, ao contemplar regiões fronteiriças, objetiva, além de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais, universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, amplia a capacidade operacional dos municípios.

Outro marco normativo importante na gestão da saúde fronteiriça foi o SIS Fronteiras, lançado em 2005 e vigente até 2014 (Portaria nº 622/2014), representando uma das principais iniciativas nesse sentido, buscando aumentar os repasses orçamentários e infraestrutura de saúde dos municípios fronteiriços. Essa estratégia teve como objetivo garantir um atendimento mais eficiente e coordenado, especialmente para populações migrantes e comunidades fronteiriças (Brasil, 2005), todavia tratou-se de um programa exclusivamente nacional, sem a colaboração dos países vizinhos e delimitação do papel dos gestores em saúde (Hortelan et al., 2019).

Avançando nas políticas públicas nessa temática, em 2009 é instituído o PDFF (Programa de Desenvolvimento de Faixa de Fronteira), com o objetivo de promover o desenvolvimento socioeconômico das regiões fronteiriças do Brasil, incluindo questões

relacionados à saúde no eixo “fortalecimento das condições de cidadania para a população local” (Brasil, 2009).

No entanto, com o fim do programa em 2010, foi criada a Comissão Permanente para o Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira (CDIF), um fórum interinstitucional e multidisciplinar com o objetivo de aprimorar a elaboração de políticas públicas para a região. A CDIF deu continuidade às políticas de desenvolvimento regional iniciadas pelo Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), representando, ao mesmo tempo, o encerramento desse programa. A criação da CDIF teve como objetivo consolidar uma instituição central para a formulação e coordenação das políticas para a Faixa de Fronteira. Para isso, a comissão substituiu os fóruns e planos de desenvolvimento sub-regionais por núcleos e planos estaduais, com o intuito de fortalecer a estrutura institucional. Embora tenha sido necessário realizar algumas adaptações, a CDIF foi instituída com representantes de vinte ministérios ou órgãos do governo e oito entidades civis. Sua instalação, entretanto, ocorreu somente em março de 2011, após uma série de reuniões preparatórias (Neves et al., 2016).

Neste contexto, analisando tais programas, propõe-se que a cooperação transfronteiriça se apresenta como uma estratégia essencial para superar as barreiras territoriais e promover a equidade no acesso à saúde. A integração de ações e serviços de saúde por meio de uma gestão solidária e cooperativa é uma saída interessante para garantir que o direito à saúde seja efetivamente universal. A criação de redes de saúde regionais, a definição de políticas de financiamento específicas para as fronteiras e a articulação entre os gestores são elementos importantes para fortalecer o SUS e promover uma gestão de saúde eficiente e inclusiva nas regiões de fronteira

A regionalização da saúde, especialmente nas regiões de fronteira, deve ser vista como uma oportunidade para aprimorar a gestão do SUS, respeitando as especificidades locais e fortalecendo a solidariedade entre os países vizinhos. A cooperação transfronteiriça, portanto, não só pode contribuir para a melhoria da saúde nas fronteiras, mas também promover a integração regional e a consolidação dos direitos humanos, ao garantir o acesso à saúde como um direito de todos.

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta os papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde em nível nacional, buscando esclarecer as responsabilidades, atribuições, recursos financeiros, ações e serviços de saúde, com o objetivo de assegurar o direito à saúde de maneira eficaz em nosso território. Nesse contexto, o decreto define a região de saúde como um:

[...] espaço geográfico contínuo, composto por municípios vizinhos, delimitado com base em características culturais, econômicas e sociais comuns, além de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhada, visando integrar o

planejamento, a organização e a implementação das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

Dessa forma, é possível pensar sobre a possibilidade de se ampliar esse conceito de região de saúde para municípios-fronteiriços, promovendo a integração dos sistemas de saúde dos países vizinhos, através de propostas de cooperação de gestão compartilhada em matéria de saúde, com a criação de regiões binacionais de saúde, na forma do art. 4º do referido decreto:

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de **Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países** deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais (Brasil, 2011. Grifo nosso).

A migração pendular para fins de saúde é uma prática globalmente recorrente, com muitos indivíduos se deslocando para centros especializados sem mudar permanentemente de residência. No contexto da saúde pública brasileira, a migração pendular é legalmente reconhecida e está prevista na Lei 8080/1990, que estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizado de forma hierárquica e regionalizada. Isso permite que municípios menores formem consórcios intermunicipais com cidades maiores para oferecer serviços de saúde de forma integrada (Zaslavsky e Goulart, 2017). Assim, ainda que não exista regramento legal sobre esse tema na lei do SUS em municípios situados em países distintos, a migração pendular para fins de tratamento de saúde é situação comum em algumas cidades-gêmeas brasileiras, sendo possível então se pensar em soluções para essa realidade prática.

As diretrizes lançadas nos marcos normativos definem estratégias de operacionalização do sistema e denotam a preocupação do Estado brasileiro com a saúde e gestão do território, especialmente na região de fronteira. No entanto, se a própria gestão da saúde é uma temática ainda em constante desenvolvimento e aprimoramento em solo nacional, nas regiões de fronteira esses desafios são amplificados. De acordo com estudo realizado por Hortelan et al. (2019), os gestores municipais de saúde pública nas regiões de fronteira enfrentam problemas que são comuns entre eles, como a sobrecarga dos sistemas de saúde e déficits financeiros devido ao fluxo elevado de população transfronteiriça. Essa situação é agravada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos países vizinhos, que possuem sistemas predominantemente privados ou com uma infraestrutura deficitária que gera um acesso limitado para grande parte da população, o que leva essas pessoas a buscar atendimento no SUS

brasileiro. Como resultado, os municípios fronteiriços são os mais prejudicados por essa prática, enfrentando dificuldades tanto no atendimento quanto nas finanças públicas.

Segundo Figueiredo (2013, p. 123-124), a prestação do serviço de saúde na região fronteiriça apresenta dificuldades claras:

A ampliação e qualificação do atendimento, associada ao acréscimo assistemático e não quantificado da demanda dificulta o planejamento das ações em nível federal (onde está a concentração dos recursos financeiros) e estadual, o que sobrecarrega os municípios, haja vista ser o número de habitantes um dos critérios para os repasses financeiros do fundo nacional de saúde, conforme mencionado no terceiro capítulo. Como a população migrante, a brasileira não residente e estrangeira volante são flutuantes, não integram a base demográfica municipal. O déficit entre o arrecadado e o gasto com saúde é coberto pelo orçamento municipal, onerando os recursos das secretarias municipais de saúde.

Uma das possíveis soluções levantadas no estudo de Hortelan et al. (2019) foi a da cooperação bilateral entre os países, como forma de garantir a saúde integral para brasileiros e estrangeiros. Os secretários de saúde destacaram que a cooperação poderia melhorar o acesso à saúde nas regiões fronteiriças, onde os serviços mais próximos muitas vezes estão no país vizinho. Os acordos binacionais têm contribuído para reduzir as disparidades entre os centros urbanos e essas regiões, facilitando o acesso dos cidadãos transfronteiriços ao SUS. Além disso, a questão da cidadania transfronteiriça é crucial para permitir que esses cidadãos tenham o atendimento adequado, visto que frequentemente os atendimentos ocorrem de forma rotineira. Contudo, um dos principais desafios identificados foi o repasse financeiro, que ainda representa um obstáculo significativo para a implementação eficaz dos acordos bilaterais.

Assim, no próximo tópico serão elencados esses desafios na prestação da saúde em algumas regiões específicas, como forma de trazer exemplos práticos dos problemas existentes e possíveis soluções que vêm sendo implementadas.

2.3. Os desafios na prestação da saúde nas regiões de fronteira do Brasil

As sociedades de fronteira apresentam uma singularidade incontestável. Os seus agentes sociais formam um cenário de interações complexas e dinâmicas, que se desenvolvem em um território de redes, em que os serviços ofertados em ambos os lados da região de fronteira são escolhidos conforme o interesse da população que se encontra nessa zona complexa.

Vieira (2023) aponta que os Estados enfrentam três grandes desafios no tratamento das fronteiras. O primeiro diz respeito à delimitação, necessária para evitar conflitos futuros e garantir clareza sobre os limites territoriais. O segundo refere-se à segurança, isto é, a

necessidade de assegurar o respeito à fronteira, disciplinando o fluxo de pessoas e bens, estendendo a presença do Estado de Direito até as áreas mais distantes. O terceiro desafio, que marca o estágio atual, é o da integração, expressa pela cooperação e institucionalização de políticas voltadas à convivência e ao desenvolvimento transfronteiriço, mesmo sem que os dois primeiros desafios tenham sido plenamente superados.

Dessa forma, no atual estágio das relações internacionais, não se define a fronteira com base apenas na exclusão, sob o pretexto de proteção e defesa do estado-nação. Atualmente, com a centralidade da dignidade da pessoa humana, princípio máximo do ordenamento jurídico global, em torno do qual gravitam todos os outros direitos fundamentais, o enfoque a ser dado no território fronteiriço é a cooperação, demandando esforços dos Estados para colaborarem entre si, com a finalidade de garantir os direitos da população fronteiriça, sem qualquer tipo de preconceito ou discriminação:

As regiões de fronteiras são muito mais que um espaço territorial demarcado e devem ser vistas como local de integração social, intimamente ligada às pessoas que ali vivem. É preciso considerar as semelhanças e diferenças dos povos que habitam essas regiões e, ainda, a nova cultura que se forma com essas múltiplas relações transfronteiriças (Mercosul, 2021, p. 16).

Os seres humanos possuem uma tendência em buscar localidades em que possam usufruir melhor seus interesses, para garantir uma melhor qualidade de vida para si e para seus familiares. Os movimentos migratórios são realizados desde os primórdios da humanidade, com as comunidades nômades, tendo sido aprimorados no período das grandes navegações na época do mercantilismo, chegando no seu apogeu com o capitalismo neoliberal da atualidade².

As barreiras imaginárias construídas como forma de delimitar os interesses dos Estados-soberanos não têm sido capazes de regular de forma satisfatória a conduta dos seres humanos³. Verifica-se que os indivíduos na prática buscam meios (legais ou ilegais) de transitar de forma a extrair o que há de melhor dentro da “faixa de fronteira”, um espaço em que as características de ambos os lados convivem simultaneamente, numa relação complexa e intrincada, permeada por aspectos positivos e negativos para a população fronteiriça.

² Conforme destaca Hobsbawm (2009), os grandes fluxos migratórios acompanharam a expansão do capitalismo, sobretudo a partir do século XIX, quando o desenvolvimento industrial e o imperialismo estimularam deslocamentos em larga escala em busca de melhores condições de vida.

³ Max Weber (2000) define o Estado-nação como aquele que detém o monopólio legítimo da violência sobre seu território, sendo o único capaz de impor leis de forma coercitiva. No entanto, essa concepção entra em conflito com a dinâmica da globalização, em que indivíduos e empresas conseguem transitar entre diferentes territórios e escolher as regras que mais lhes convêm.

No entanto, a prestação de serviços relacionados à saúde nessas regiões enfrenta desafios logísticos, administrativos e sociais que comprometem a universalidade e a equidade do SUS. Conforme aponta, Figueiredo (2013, p. 63):

Na prática, o que tem ocorrido nas cidades estudadas é que o atendimento ao estrangeiro fica a critério do gestor municipal (exigências como documento brasileiro; comprovante de residência; restrições a casos de emergência, etc.), o que gera perplexidades tais como a tentativa, talvez até mesmo desesperada, por se estar falando de prestações de serviço de saúde, de burlar o sistema e o seu controle através de declarações falsas de endereço ou declarações de endereço de familiares residentes no Brasil para ter acesso ao sistema de saúde.

Figueiredo (2013) observa que a gestão do SUS nas regiões de fronteira enfrenta desafios estruturais importantes, em especial pela ausência de normatizações que contemplem a realidade da população migrante, de brasileiros não residentes e de estrangeiros volantes. O sistema de financiamento, baseado em repasses per capita com base na população residente oficialmente registrada, não contempla essa demanda flutuante, o que gera um desequilíbrio financeiro significativo. Os gestores locais acabam assumindo o ônus dos atendimentos não contabilizados, sem contrapartida financeira dos entes federativos, dificultando o planejamento e a manutenção dos serviços básicos de saúde. Além disso, a demanda assistemática e não quantificada compromete a previsibilidade das ações e políticas de saúde, sobrecarregando os orçamentos municipais e fragilizando a rede pública nas cidades gêmeas.

Este capítulo busca explorar esses e outros desafios, destacando os principais percalços enfrentados na prestação dos serviços de saúde nas regiões fronteiriças brasileiras, com especial atenção aos exemplos paradigmáticos que ilustram as dificuldades e possibilidades de atuação nesses territórios.

A vasta extensão das fronteiras terrestres brasileiras é pontuada por casos especiais como as cidades-gêmeas, a exemplo de Foz do Iguaçu (PR) e Ciudad del Este (Paraguai), Ponta Porã (MS) e Pedro Juan Caballero (Paraguai), Corumbá (MS) e Puerto Quijarro (Bolívia), ou locais de crise humanitária, como o de Boa Vista (RR), na fronteira do Brasil com a Venezuela. Essas localidades são espaços de intensa interação, onde deslocamentos são comuns, motivados pelo comércio, educação, serviços de saúde, além de deslocamentos forçados em razão do fluxo de refugiados econômicos e políticos.

Em estudo realizado por Giovanela et al. (2007) com os secretários municipais de saúde em regiões de fronteira, foi identificada a demanda por atendimento no SUS por estrangeiros em 75% dos municípios fronteiriços, sendo que em 36% dessas localidades essa demanda foi considerada frequente ou muito frequente. A procura foi mais intensa nas fronteiras do Rio Grande do Sul com o Uruguai e do Mato Grosso do Sul com o Paraguai.

Em pesquisa de revisão bibliográfica em artigos científicos e periódicos de notícias foi possível verificar uma demanda crescente dos estrangeiros pleiteando acesso ao Sistema de Saúde Brasileiro em regiões de fronteira.

Na fronteira de foz de Iguaçu e Ciudad del Leste, o prefeito de Foz do Iguaçu, Chico Brasileiro afirmou, conforme noticiado pelo *Não Viu* (2023), que em todo ano de 2023 foram registrados 45,5 mil atendimentos a estrangeiros, representando um aumento de 34% em relação a 2022 e 94% comparado a 2021. Desses atendimentos, 83% dos estrangeiros sem endereço em Foz do Iguaçu que buscam atendimento, são paraguaios, seguidos por argentinos e venezuelanos.

De acordo com o *Diário de Foz* (2024) no primeiro trimestre de 2024, mais de 12 mil estrangeiros buscaram os serviços de saúde de Foz do Iguaçu, aumento de 12% em relação ao mesmo período de 2023 e 74% comparado ao primeiro trimestre de 2022. Esses dados refletem a contínua pressão sobre os serviços de saúde locais devido à alta demanda por atendimentos de urgência e emergência por parte de migrantes e turistas.

Outro dado relevante refere-se ao Estado de Roraima, que em 2018 registrou um aumento de 50% nos nascimentos de filhos de mães estrangeiras em suas maternidades (*El País*, 2018). Esse crescimento tem sido acompanhado de dificuldades na gestão de recursos humanos, uma vez que o aumento no número de atendimentos de estrangeiros não foi acompanhado por um acréscimo proporcional no financiamento, gerando críticas por parte dos gestores estaduais, que buscam resarcimento da União em razão do aumento das despesas em saúde advindas dos fluxos migratórios.

Além disso, a dependência de parcerias com organismos internacionais para suprir as lacunas de financiamento tem sido uma solução temporária, mas não sustentável. Em Boa Vista, a Operação Acolhida (Brasil, 2018) desempenhou um papel importante no alívio da sobrecarga inicial, mas não conseguiu resolver problemas estruturais, como a insuficiência de leitos e a falta de profissionais qualificados (Brasil, 2025).

Em estudo realizado por Nascimento e Banducci Júnior (2022) examinou-se a dinâmica de acesso aos serviços de saúde entre Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai), especialmente considerando o impacto das redes de solidariedade e a sobrecarga nos sistemas de saúde devido à presença de estrangeiros, incluindo paraguaios. Segundo o estudo, a demanda por serviços de saúde no Brasil, especificamente no SUS, tem sido significativa entre os habitantes de Pedro Juan Caballero, incluindo aqueles indocumentados ou não residentes permanentes, que muitas vezes são atendidos devido à solidariedade entre cidadãos e funcionários das unidades de saúde. A pesquisa também destacou como esse fluxo

transfronteiriço exerce uma pressão contínua sobre os recursos de saúde locais, com os custos aumentados pela complexidade e urgência de alguns casos, principalmente nas unidades de emergência.

Em Corumbá, de acordo com o *Diário Online* (2016) em levantamento realizado em 2015, a Santa Casa de Corumbá registrou um número significativo de atendimentos a estrangeiros, sendo 159 estrangeiros, dos quais cerca de 90,5% eram de origem boliviana. Em 2014, cerca de 92,2% dos 205 estrangeiros atendidos eram bolivianos. Em 2012 e 2013, a instituição atendeu 564 imigrantes, sendo 90,2% bolivianos. Em 2010 e 2011, o total de atendimentos foi de 629 estrangeiros, com 563 bolivianos, representando aproximadamente 89,5% dos atendimentos a imigrantes.

Essa situação chegou a levantar a necessidade de criação de uma central de regulação de fronteira, ligada aos hospitais existentes nas cidades bolivianas de German Bush, Puerto Quijarro e Puerto Suárez. A intenção do projeto é permitir que os médicos da Santa Casa de Corumbá já saibam qual é o problema quando o paciente chega ao hospital. Além disso, com a melhora do quadro clínico, seria possível que o paciente fosse removido para o hospital da Bolívia, reduzindo custos e abrindo vagas para outros pacientes (Câmara de Corumbá, [s.d.]).

De acordo com Scherma (2016), as fronteiras atuam como zonas de transição cultural, mas também como áreas de pressão sobre os sistemas de saúde locais, especialmente devido à percepção de que o SUS oferece serviços mais acessíveis e de qualidade superior. Essa percepção, somada às fragilidades nos sistemas de saúde dos países vizinhos, resulta em uma demanda exacerbada por serviços, frequentemente ultrapassando a capacidade operacional das unidades de saúde locais.

Os desafios administrativos e estruturais nas regiões de fronteira são amplos e interconectados. Além das dificuldades intrínsecas ao atendimento de saúde, fatores externos, como crises humanitárias e demandas sazonais, amplificam essas adversidades. Os principais desafios incluem:

Subfinanciamento crônico: Apesar de sua importância estratégica, as regiões fronteiriças não recebem recursos suficientes para atender à alta demanda de usuários pendulares e migrantes, tanto brasileiros quanto estrangeiros, pois o livre trânsito de pessoas dos países vizinhos agrava a situação, pelo fato de que não serem computadas para o repasse de recursos dos entes estadual e federal. Santos, Rizzotto e Carvalho (2019) apontam que, embora o aumento de repasses financeiros não garanta, por si só, a melhoria na qualidade dos serviços de saúde, a escassez e a instabilidade de recursos comprometem significativamente o planejamento e a oferta de serviços adequados às demandas da população usuária do SUS,

especialmente nos municípios de fronteira. Conforme Zaslavsky e Goulart (2017), a escassez de financiamento afeta diretamente a qualidade e a abrangência dos serviços oferecidos. Em Boa Vista, gestores têm reportado que a crise venezuelana pressionou os recursos a níveis críticos, exigindo parcerias com organizações internacionais para suprir carências básicas (*El País*, 2018).

No âmbito nacional, existe um certo histórico em políticas públicas buscando o desenvolvimento e a integração da faixa de fronteira brasileira na área da saúde, como foi o caso do “Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras” em 2005, decorrência da “Proposta de reestruturação da faixa de fronteira” do Ministério da Integração Nacional. Tal programa, apesar dos esforços, constitui num simples repasse de recursos da União para aos municípios fronteiriços, mas que não constituiu uma mudança estrutural e duradoura nos serviços de saúde local (Ferreira et al., 2015).

Infraestrutura inadequada: As unidades de saúde enfrentam limitações consideráveis em termos de equipamentos, capacidade de internação e recursos humanos especializados. Um caso emblemático é Corumbá, onde os hospitais locais frequentemente transferem pacientes para grandes centros devido à falta de condições adequadas para atendimentos complexos.

Barreiras culturais e linguísticas: O atendimento de pacientes transnacionais exige sensibilidade cultural e habilidades linguísticas que nem sempre estão presentes nas equipes de saúde (Cordeiro, 2024). Esse desafio é particularmente evidente em cidades como Foz do Iguaçu e Corumbá, onde a diversidade de idiomas e origens culturais dos pacientes requer uma abordagem diferenciada.

Falta de integração com sistemas vizinhos: a desarticulação entre os sistemas de saúde brasileiros e dos países vizinhos impede a implementação de estratégias conjuntas. A ausência de protocolos compartilhados compromete tanto a resposta a emergências quanto a realização de campanhas preventivas. Arcoverde, Arcêncio e Rissato (2022) ressaltam que os estudos ecológicos apoiados em análise espacial permitem a construção de sistemas integrados de informação em saúde capazes de executar múltiplas funções em tempo real, inclusive em áreas de fronteira. Tais ferramentas possibilitam o cruzamento de dados agregados, a identificação de vulnerabilidades regionais e o suporte ao planejamento de políticas públicas, evidenciando a importância da interoperabilidade dos sistemas e da articulação entre diferentes níveis e territórios de gestão em saúde. Cabe destacar, contudo, que segundo os autores, estudos envolvendo dados de diferentes países apresentam maior complexidade, tanto por entraves político-burocráticos e administrativos para o acesso às bases de dados, quanto por dificuldades

associadas à qualidade das informações e à heterogeneidade nas unidades de medida e análise utilizadas por cada país.

Alguns exemplos paradigmáticos das fronteiras brasileiras evidenciam as disparidades e semelhanças nos contextos fronteiriços, permitindo compreender melhor as dinâmicas locais, servindo ainda de suporte para propostas de cooperação transfronteiriça.

Foz do Iguaçu (PR), Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina) na tríplice fronteira sul: essa região é um dos maiores polos de comércio da América do Sul, com um fluxo diário de milhares de pessoas. Segundo a *Gazeta do Povo* (2021), os hospitais locais enfrentam uma sobrecarga significativa, em grande parte devido ao atendimento de paraguaios que procuram o SUS para tratamentos de alta complexidade. Iniciativas como a criação de unidades móveis de saúde e campanhas conjuntas de vacinação têm sido implementadas, mas ainda há necessidade de políticas binacionais mais robustas para reduzir as desigualdades.

De acordo com Caraça (2023), a migração pendular entre Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai) resulta em uma demanda significativa por serviços de saúde no SUS, especialmente devido ao atendimento de paraguaios que buscam serviços básicos e emergenciais. A falta de integração entre os sistemas de saúde dos dois países dificulta a continuidade do cuidado e sobrecarrega os serviços locais. Embora algumas iniciativas pontuais tenham sido implementadas, ainda há necessidade de políticas binacionais duradouras para mitigar essas desigualdades.

Em Tabatinga (AM), Letícia (Colômbia) e Santa Rosa do Yvarí (Peru) na tríplice fronteira internacional amazônica, a intensa mobilidade populacional e a sobrecarga nos serviços de saúde em Tabatinga refletem a falta de integração entre os sistemas dos três países. Segundo Santos-Melo et al. (2020), apesar da existência de acordos de cooperação, muitos são desconhecidos ou ineficazes na prática. A criação da Rede de Atenção à Saúde do Alto Solimões (RAS-AS) buscou mitigar essas dificuldades, mas a ausência de mecanismos formais de integração ainda compromete a continuidade do cuidado.

Em Santana do Livramento (RS) e Rivera (Uruguai) a situação é mais estável. Como Santana do Livramento fica a 495 km de Porto Alegre, os gestores acabaram optando pela maior articulação entre os sistemas (Bom Tempo et al., 2013), de modo que a convivência entre essas cidades é marcada pela estabilidade econômica e pela cooperação cultural. Giovanella et al. (2007) relatam que a demanda por serviços de saúde no Brasil é pontual, geralmente limitada a atendimentos específicos, como tratamentos de média complexidade. Além disso, programas conjuntos têm promovido a troca de dados epidemiológicos e campanhas de vacinação integradas.

Em Corumbá (MS) e Puerto Quijarro (Bolívia), de acordo com Costa (2018), a precariedade dos serviços de saúde bolivianos faz com que muitos cidadãos cruzem a fronteira em busca de atendimento no Brasil. A sobrecarga das unidades locais é agravada pela ausência de mecanismos de compensação financeira entre os países.

Esses casos são apenas alguns exemplos em que as regiões de fronteira brasileiras enfrentam desafios estruturais, administrativos e sociais que comprometem a universalidade do SUS. A alta mobilidade populacional, aliada à diversidade cultural e às desigualdades econômicas, agrava os problemas de gestão e atendimento nessas localidades.

Políticas públicas específicas, focadas na ampliação do repasse financeiro e da infraestrutura, capacitação de profissionais e cooperação internacional, são essenciais para que o SUS cumpra plenamente seu papel nessas áreas estratégicas. A continuidade do debate e o fortalecimento da integração regional são passos fundamentais para superar os desafios enfrentados.

A prestação de serviços de saúde nas regiões de fronteira no contexto da integração regional, especialmente no Mercosul, enfrenta desafios multifacetados, que envolvem tanto questões logísticas quanto políticas e sociais. Em áreas de fronteira, como nos municípios que compartilham limites com Argentina, Paraguai, Uruguai e outros países da América do Sul, os fluxos transfronteiriços de pessoas ampliam a demanda por serviços de saúde, criando um cenário de pressão sobre os sistemas locais. De acordo com a pesquisa realizada por Giovanella et al. (2007), a intensificação das interações transfronteiriças tem revelado dificuldades no acesso a cuidados médicos adequados, especialmente quando se trata de estrangeiros ou de brasileiros não residentes na região.

Os acordos de cooperação, como os estabelecidos no âmbito do Mercosul, abordam a harmonização de normas de vigilância sanitária e controle epidemiológico, porém os mecanismos de implementação enfrentam dificuldades na prática, como a falta de continuidade e a coordenação efetiva entre os sistemas nacionais de saúde. Mesmo com esforços em melhorar a infraestrutura e ampliar a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) para estrangeiros, como destacado no artigo de Santos-Melo et al. (2020), as limitações orçamentárias e a disparidade na qualidade dos serviços entre os países da região agravam o cenário.

Adicionalmente, a ausência de uma política integrada que reconheça as especificidades da saúde nas fronteiras compromete o sucesso das iniciativas de cooperação, como demonstrado pelo estudo de Santos-Melo et al. (2020), que evidenciou os acordos informais de cooperação entre municípios fronteiriços na Amazônia, que, embora essenciais, carecem de regulamentação e suporte institucional adequado. A falta de legitimidade para esses acordos pode ser um

obstáculo significativo para a criação de um sistema de saúde transfronteiriço eficiente, que atenda de maneira equânime as populações locais e os migrantes.

Além das questões de coordenação entre os sistemas nacionais de saúde, um dos grandes desafios enfrentados nas regiões de fronteira é a disparidade no acesso a cuidados de saúde entre as populações fronteiriças e as dos outros países da região. Conforme destacado por Giovanella et al. (2007), as cidades de fronteira, como aquelas localizadas no sul do Brasil, frequentemente lidam com um aumento da demanda por serviços de saúde vindos de estrangeiros, o que, muitas vezes, não é acompanhado por uma oferta adequada de serviços. A sobrecarga do SUS, já comumente experienciada nesses locais, é um reflexo direto da pressão gerada pela busca por atendimento emergencial e de urgência de cidadãos dos países vizinhos, resultando em desafios para o planejamento e a execução de políticas de saúde pública eficazes.

Além disso, a estrutura de saúde nas cidades de fronteira é predominantemente insuficiente para lidar com a demanda crescente. O estudo de Santos-Melo et al. (2020) revela que, em regiões como a tríplice fronteira amazônica, os sistemas de saúde locais operam com recursos limitados, e a falta de infraestrutura e equipamentos adequados é uma constante. A escassez de leitos e a dependência de serviços de urgência, sem continuidade no atendimento, dificultam a gestão de doenças crônicas e o controle de surtos epidemiológicos. A cooperação internacional, nesse contexto, surge como uma solução potencial para integrar e fortalecer os sistemas de saúde fronteiriços, mas ainda carece de um desenvolvimento mais robusto, como evidenciado pelas limitações identificadas nas políticas de saúde transfronteiriças.

A integração social entre os países fronteiriços, apesar de ser uma aspiração de muitos acordos internacionais, como o Mercosul, ainda enfrenta resistência nas comunidades locais. A falta de uma identidade comum entre as populações fronteiriças dificulta o reconhecimento de direitos, como o direito universal à saúde, que deveria ser garantido a todos, independentemente de sua nacionalidade. A superação dessa barreira exige não apenas a implementação de políticas públicas eficazes, mas também um esforço contínuo para promover a solidariedade entre os cidadãos dos países fronteiriços, como destacado por Aikes e Rizzotto (2020), que alertam para a necessidade de uma maior sensibilização para os direitos humanos e a saúde pública nas regiões de fronteira.

A cooperação em saúde nas regiões de fronteira, embora seja uma meta importante, ainda enfrenta muitos obstáculos práticos e estruturais. Como destacado anteriormente, a harmonização das políticas e legislação em matéria de saúde entre os países do Mercosul é um processo em andamento, mas ainda longe de alcançar a eficácia necessária. A escassez de recursos financeiros e humanos, somada às diferenças nos sistemas de saúde dos países

fronteiriços, impede que haja uma coordenação eficaz entre os diferentes sistemas nacionais de saúde, o que impacta diretamente a qualidade do atendimento prestado nas regiões de fronteira. Como sublinha o estudo de Giovanella et al. (2007), é necessário que haja uma maior colaboração intergovernamental para superar essas dificuldades e que o acesso à saúde seja garantido de maneira equânime para todas as populações, independentemente de sua nacionalidade.

No entanto, é importante reconhecer os avanços e as experiências bem-sucedidas em algumas regiões fronteiriças. Em locais como a tríplice fronteira amazônica, entre Brasil, Colômbia e Peru, a implementação de acordos de cooperação, tanto formais quanto informais, têm permitido a melhoria das condições de saúde, apesar das limitações estruturais. O estudo de Santos-Melo et al. (2020) evidenciou que, embora haja uma série de desafios, os gestores municipais e estaduais têm procurado desenvolver estratégias de cooperação que, mesmo sem o respaldo de um marco legal robusto, têm promovido uma integração funcional nas práticas de saúde pública. A cooperação entre as autoridades locais tem sido essencial para o acesso de populações fronteiriças a cuidados médicos de urgência e de longo prazo, representando um modelo de integração que poderia ser replicado em outras regiões fronteiriças.

De acordo com Aikes e Rizzoto (2020) a integração da saúde nas regiões de fronteira exige que os países do Mercosul e da Unasul adotem medidas concretas para superar as barreiras burocráticas e administrativas que ainda dificultam a efetivação dessa cooperação. A criação de consórcios de saúde, como o Mercosul-Saúde, seria um passo importante para coordenar e aprimorar a oferta de serviços nas regiões transfronteiriças, mas é necessário que as políticas públicas se alinhem a uma visão mais abrangente e integrada. A cooperação transfronteiriça deve ser fortalecida com a implementação de protocolos compartilhados de saúde, visando tanto a resposta a emergências quanto a realização de campanhas de prevenção de doenças.

A colaboração transfronteiriça em saúde tem, portanto, potencial para ser uma solução eficaz, mas depende de uma mudança significativa na abordagem das políticas públicas. Para que a saúde nas regiões de fronteira seja efetivamente garantida como um direito humano fundamental, é necessário que os países latino-americanos reforcem suas estratégias de cooperação, implementem uma regulação mais eficaz para a compatibilização das legislações, compartilhamento de dados e melhoria das infraestruturas de saúde. Somente assim será possível enfrentar os desafios e avançar em direção a um sistema de saúde verdadeiramente integrado e inclusivo nas regiões de fronteira.

Portanto, no próximo tópico serão enumeradas algumas propostas – sem a pretensão de esgotar o tema – de experiências e modelos cooperativos na área da saúde em regiões de fronteira.

2.4 Experiências e modelos cooperativos na saúde em regiões de fronteira

A cooperação transfronteiriça em saúde é fundamental para garantir o acesso equitativo e qualificado aos serviços de saúde nas regiões limítrofes entre países. O conceito de “Cross-border Health Care” (CBHC), como descrito por Schmidt et al. (2017), refere-se ao acesso a cuidados médicos em outro país, promovendo a integração dos sistemas de saúde entre as nações vizinhas. A colaboração pode envolver a transferência, o movimento ou uma troca de indivíduos, serviços e recursos relacionados à saúde. Esse modelo facilita, portanto, a mobilidade de pacientes, profissionais e a coordenação de serviços e sistemas de saúde públicos entre os países.

De acordo com Vieira (2023) a novidade mais significativa para a integração fronteiriça na última década na região do cone-sul da América do Sul foi o Acordo de Localidades Vinculadas no MERCOSUL, que busca a facilitação do bem-estar das comunidades fronteiriças das “localidades vinculadas”, novo termo que guarda compatibilidade com o conceito de cidades-gêmeas. Entre os objetivos do acordo, busca-se reconhecer direitos específicos aos moradores e ainda a cooperação em saúde pública:

1. As instituições públicas responsáveis pela prevenção e combate às doenças dos seres humanos, dos animais e das plantas, nas Localidades Fronteiriças Vinculadas de cada Estado Parte, deverão colaborar com seus homólogos nos governos locais adjacentes, coordenadas pelas autoridades sanitárias provinciais/estaduais e homólogas envolvidas por meio das autoridades sanitárias nacionais, para a realização de trabalhos conjuntos em saúde pública, vigilância epidemiológica e planos de contingência, para orientar respostas ante eventos de saúde pública e outros temas de interesse comum, inclusive os de potencial importância internacional. Este trabalho realizar-se-á conforme as normas e procedimentos harmonizados entre os Estados Partes ou, em sua ausência, conforme as respectivas legislações nacionais (Mercosul, 2019).

Outro exemplo, em relação à temática, é o art. 168 do Tratado de Funcionamento da União Europeia (TFUE), que incentiva a assistência médica transfronteiriça em sua alínea 2:

A União incentivará a cooperação entre os Estados-Membros nos domínios a que se refere o presente artigo, apoiando, se necessário, a sua ação. Em especial, incentiva a cooperação entre os Estados-Membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças. (União Europeia, 2016).

No estudo de Schmidt et al. (2017) conclui-se que apesar dos esforços da União Europeia para promover a integração e melhorar a mobilidade transfronteiriça, os fatores

externos, como incentivos econômicos ou redes de pagadores, não têm sido determinantes na evolução dessa cooperação. Em vez disso, são as necessidades locais e as características culturais que prevalecem, refletindo um processo mais orgânico e voltado para as realidades regionais, ao invés de uma imposição de políticas europeias mais amplas. Assim, a semelhança cultural e identitária entre os países têm um papel fundamental no sucesso da cooperação transfronteiriça na saúde. A proximidade geográfica, fatores históricos compartilhados e similaridades nos sistemas de bem-estar social são elementos decisivos para o estabelecimento de colaborações eficazes entre as nações.

Nesse sentido, na região Báltica, onde existe forte semelhança identitária e cultural, é possível perceber grandes avanços na cooperação transfronteiriça. Anischenko e Sergunim (2012) analisam as interações existentes entre as zonas de fronteira nas cidades-gêmeas da região báltica, ressaltando que a cooperação entre as cidades contribui para a reaproximação e diminuição dos impactos da separação das fronteiras dos Estados, fazendo com que as linhas de fronteira – que promovem a soberania dos territórios e diferença entre as pessoas – passem a gradualmente se tornar territórios de cooperação, eliminando os conflitos e estereótipos.

Para tanto, destacam a contribuição da CTA (“City Twins Association”), que foi oficializada em dezembro de 2006, com objetivo de promover a cooperação na região, através da colaboração na administração das cidades em várias frentes, inclusive no que concerne à segurança social e ao sistema de saúde (Anischenko e Sergunim, 2012).

No contexto do Mercosul, Guimarães e Giovanella (2005) destacam que a cooperação transfronteiriça em saúde tem sido uma estratégia importante para lidar com os desafios específicos das regiões de fronteira, especialmente devido à diversidade de sistemas de saúde e desigualdade no acesso aos serviços. A análise das características dos municípios brasileiros situados nas fronteiras do Mercosul revela uma realidade complexa, onde as cidades enfrentam dificuldades devido à falta de integração e coordenação entre os sistemas de saúde dos países vizinhos.

Iniciativas de cooperação, como o Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu (GT Itaipu Saúde), têm se mostrado efetivas, com ações conjuntas entre o Brasil e o Paraguai para promover o acesso à saúde nas regiões de fronteira. Essas ações incluem o planejamento conjunto de atividades prioritárias de saúde e a articulação entre as redes assistenciais locais e nacionais (Guimarães e Giovanella, 2005).

Além disso, a criação de comitês binacionais, como o Comitê de Saúde de Sant'Ana do Livramento e Rivera (Brasil-Uruguai), tem contribuído para o fortalecimento da cooperação em saúde nas cidades-gêmeas, permitindo uma troca contínua de informações e melhorando a

coordenação dos serviços. Conforme destacado por Silva (2009), o comitê, formado por representantes dos setores públicos e privados, além de membros das comunidades, tem promovido uma integração eficaz entre os sistemas de saúde dos dois países, com foco no acesso universal à saúde para as populações da região.

O Comitê Binacional é constituído por uma composição paritária entre Brasil e Uruguai, reunindo representantes dos governos locais, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e membros da sociedade civil organizada. As decisões são tomadas de maneira conjunta e colegiada, com reuniões periódicas e organização em subcomissões técnicas que tratam de temas como vigilância sanitária, atenção primária e emergências de saúde pública. Essa estrutura participativa e horizontal permite que o comitê atue de maneira ágil e adaptada às necessidades locais, reforçando sua capacidade de resposta a desafios sanitários e fortalecendo os laços de cooperação institucional entre os dois países (Silva, 2009).

Segundo Silva (2009), o Comitê Binacional promoveu diversas ações voltadas à integração sanitária na região de fronteira, como a articulação de projetos conjuntos para o controle de doenças endêmicas (dengue, hidatidose e doença de Chagas), a formação de agentes de campo em saúde, a capacitação em vigilância sanitária e boas práticas em alimentos, além da realização de campanhas de prevenção de DSTs/HIV/Aids. Também foi organizada uma parceria emergencial entre a Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento e o Hospital de Rivera para o atendimento gratuito de gestantes, evidenciando o potencial do comitê para oferecer respostas concretas às necessidades locais. Essas iniciativas resultaram em avanços significativos na coordenação transfronteiriça, sendo o comitê reconhecido como uma experiência exitosa de cooperação internacional pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelas autoridades sanitárias do Uruguai, consolidando-se como um modelo de integração institucional na área da saúde.

Além disso, o comitê também tem se mostrado crucial em situações emergenciais, como a pandemia de COVID-19, quando foi responsável pela implementação de medidas conjuntas de prevenção e atendimento à saúde, garantindo a continuidade do cuidado essencial à população (Silva, 2022).

Nesse contexto, a atuação do comitê binacional não só facilita o compartilhamento de recursos e informações, mas também fortalece as políticas públicas transfronteiriças, sendo reconhecido como um modelo de sucesso para outras regiões de fronteira.

No entanto, segundo noticiado pelo periódico online *Brasil de Fato* (2024), apesar dos avanços, o Comitê Binacional de Integração em Saúde enfrenta desafios relacionados à harmonização das legislações nacionais, à alocação de recursos e à continuidade das políticas

públicas. Em resposta a essa problemática, foi proposta a criação de um Plano Piloto para otimizar os recursos disponíveis e melhorar a prestação de serviços de saúde, visando uma integração ainda mais eficaz entre as cidades de Sant'Ana do Livramento e Rivera. Essa iniciativa busca superar barreiras legais e administrativas, promovendo uma colaboração mais eficiente entre os sistemas de saúde dos dois países e garantindo acesso mais equitativo aos serviços de saúde para as populações fronteiriças.

Em resposta ao questionamento do *Brasil de Fato* (2024) sobre a proposta para harmonizar e melhorar os serviços de saúde na região fronteiriça, o entrevistado Gustavo de Mello – ex-chefe da Casa Civil do estado do RS no governo Olívio Dutra – afirmou que:

[...] diante da realidade atual, surge a necessidade de sensibilizar as autoridades competentes para a urgência de uma interpretação normativa que se alinhe com as necessidades locais. A proposta de um Plano Piloto, a ser implementado nas cidades de Rivera e Santana do Livramento, visa justamente a otimização dos recursos disponíveis em ambos os lados da fronteira. Este plano busca criar um modelo de integração que permita o uso compartilhado de instalações, profissionais e recursos de saúde, melhorando assim a qualidade de vida dos residentes dessas regiões. A implementação desse Plano Piloto não só facilitaria a vida das pessoas, mas também serviria como um modelo a ser seguido em outras regiões de fronteira. A otimização dos recursos e a melhoria na prestação de serviços de saúde seriam benefícios imediatos e tangíveis para a população local e poderiam gerar um impacto positivo duradouro na convivência binacional. Portanto, a elaboração de um parecer jurídico que aborde essas questões é de extrema importância para orientar as autoridades na criação de um marco regulatório que reflita a realidade vivida nas regiões de fronteira entre Brasil e Uruguai (...). É necessário também promover a harmonização das normas de saúde entre Brasil e Uruguai. Isso pode permitir a realização de novos acordos que autorizam a utilização conjunta dos recursos de saúde, facilitando o atendimento médico transfronteiriço. Adaptação das normas existentes para refletir a integração entre os dois países, criação de mecanismos de governança conjunta para a gestão dos recursos de saúde. (...). Criação de comitês binacionais de saúde, Protocolos de atendimentos conjuntos e Facilitação do reconhecimento de credenciais. Para resolver isso é preciso acordos de reconhecimento mútuo dos profissionais, simplificação dos processos de validação de credenciais, reduzindo toda a burocracia existente atualmente (Brasil de Fato, 2024).

Em razão da importância da matéria e dos avanços em outras fronteiras brasileiras sobre o tema de cooperação transfronteiriça em saúde, neste capítulo serão também apresentados alguns modelos de cooperação em saúde aplicados nas zonas de fronteira.

Por exemplo, a utilização de protocolos e ações de saúde integrados, a implementação de plataformas de dados compartilhados, fundos regionais de saúde, programas de atuação conjunta, reconhecimento recíproco dos diplomas e das práticas de profissionais da saúde, são algumas das principais estratégias e instrumentos utilizados para promover a cooperação entre os sistemas de saúde nas regiões de fronteira.

Em um interessante estudo de 2021, intitulado de "Cooperação Transfronteiriça em Saúde no MERCOSUL – Desafios, experiências e proposta de protocolo", lançada pelo Instituto Social do MERCOSUL e pelo programa EUROSociAL+, analisou-se os principais

obstáculos à saúde nas regiões de fronteira do MERCOSUL, com base em um projeto sobre mobilidade de pacientes. A publicação destaca desafios como questões jurídicas, administrativas, de governança, acessibilidade e falta de programas de cooperação. Além disso, apresenta a experiência da União Europeia em cooperação em saúde e propõe um protocolo para melhorar a mobilidade de pacientes e a gestão dos serviços de saúde nas fronteiras, visando superar essas dificuldades e fortalecer a cooperação entre os países do bloco.

A falta de um sistema compartilhado de monitoramento sanitário transfronteiriço no MERCOSUL dificulta a identificação das necessidades das comunidades fronteiriças e o planejamento de ações conjuntas entre os países. Embora existam projetos piloto de integração de dados, ainda não há uma rede permanente. Além disso, a carência de dados estatísticos atualizados, especialmente sobre aspectos socioeconômicos e sanitários, e as diferenças metodológicas na coleta de dados entre os países, prejudicam a distribuição adequada dos recursos e o planejamento de ações de saúde para a região transfronteiriça (Mercosul, 2021).

O Mercosul, por meio do Subgrupo de Trabalho da Saúde (SGT-11), tem discutido a integração das ações de saúde nas fronteiras, incluindo a proposta de criação de um consórcio Mercosul-Saúde. Embora essas discussões existam, ainda não foi possível avançar nos debates de forma a alcançar a efetivação do consórcio (Aikes e Rizzoto, 2020).

No âmbito do Cone-Sul um exemplo importante é o projeto “Promovendo Fronteiras Saudáveis e Seguras no MERCOSUL”, que busca fortalecer a integração sub-regional em saúde, com foco na implementação de ações de vacinação conjunta nas áreas de fronteira. Este projeto envolve Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, promovendo, por exemplo, campanhas de vacinação em locais como a tríplice fronteira de Foz do Iguaçu. Além disso, o projeto contempla a elaboração de um Plano de Contingência único, relacionado aos pontos de entrada terrestres dessa região. Ações como essas demonstram o poder da cooperação internacional para enfrentar desafios de saúde pública e garantir a imunização das populações fronteiriças. Este esforço é evidenciado pela criação de um marco de integração, que inclui a estruturação de planos de contingência e o desenvolvimento de mecanismos para fortalecer a segurança epidemiológica nas áreas transnacionais (Brasil, 2023; Mercosul, 2023).

Na mesma linha, Salomón et al. (2022) destacam que a abordagem de eco-saúde implementada na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai permitiu a realização de ações coordenadas de vigilância, pesquisa e capacitação técnica voltadas ao controle da leishmaniose. O projeto envolveu o compartilhamento de metodologias e dados entre os três países, a padronização de diagnósticos laboratoriais, a criação de plataformas geoespaciais para vigilância, além da integração de agentes de saúde em diferentes níveis jurisdicionais. Essa

experiência demonstra como a cooperação transfronteiriça pode superar barreiras técnico-administrativas e fortalecer o enfrentamento conjunto de agravos em saúde pública

Essa atuação conjunta de médicos e profissionais de saúde nas regiões de fronteira tem sido incentivada pela proposta de criação de programas de treinamento que visam integrar as equipes de saúde. Tais programas são essenciais para garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com as necessidades transnacionais das populações fronteiriças (Mercosul, 2021). O protocolo de cooperação do MERCOSUL, por meio do Grupo de Expertos em Saúde de Fronteiras (GESF), propõe identificar as necessidades de treinamento e educação do pessoal de saúde e promover ações específicas de capacitação. Isso inclui, por exemplo, o desenvolvimento de seminários internos nos centros de saúde da zona de fronteira, com o objetivo de integrar as equipes e melhorar a resposta a emergências sanitárias.

A capacitação não ficaria restrita às ações pontuais, mas envolve capacitação contínua, utilizando tecnologias de saúde digital como telemedicina, plataformas de educação à distância e outras ferramentas de saúde digital, que permitem o acesso remoto a atualizações e consultorias especializadas. A ideia é criar um sistema de aprendizado contínuo, onde os profissionais possam compartilhar e aprender boas práticas, enfrentando juntos os desafios de saúde emergentes nas zonas de fronteira.

Um dos problemas identificados pelo estudo realizado pelo Mercosul foi o das prescrições de um médico de um lado da fronteira não serem válidas do outro, gerando um claro prejuízo financeiro e retardamento no tratamento de saúde pelos pacientes fronteiriços (Mercosul, 2021).

Nesse ponto, o estudo propõe um avanço para a atuação conjunta dos médicos de forma a reconhecerem como válidas não só as prescrições, como também os diplomas dos profissionais que cursaram medicina nos países vizinhos, o que poderia contribuir de maneira substancial para o melhor atendimento da população fronteiriça (art. 3, 3, da Proposta de protocolo de cooperação em saúde nas zonas de fronteira do Mercosul). A proposta de cooperação em saúde nas zonas de fronteira também envolve a harmonização das legislações de saúde e a facilitação do reconhecimento mútuo de diplomas e prescrições médicas entre os países membros, com o objetivo de aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde e melhorar o acesso da população transnacional a tratamentos médicos.

Ainda que ações pontuais venham sendo desempenhadas, no âmbito nacional o estudo pontuou que o Brasil teve um grande avanço com a nova Lei de Migração e adoção da noção de um “cidadão fronteiriço”, permitindo que indivíduos residentes na faixa de fronteira tenham resguardados uma série de interesses em solo nacional, dentre eles a saúde.

No estudo desenvolvido pelo Mercosul (2021) sugere-se alargar esse direito reconhecido pelo Brasil na legislação de todos os países sul-americanos, de modo a garantir o direito ao acesso à saúde de maneira igualitária e sem discriminações, facilitando as políticas públicas de cooperação. Nesse contexto, na proposta de protocolo de cooperação em saúde nas zonas de fronteira do Mercosul (2021), em seu art. 3, 1, chega-se a se sugerir o reconhecimento entre os países de uma “cidadania da fronteira”, e, ainda de um reembolso de despesas de saúde em razão da utilização do sistema de saúde no país vizinho (alínea c).

O tratamento igualitário dos sistemas de saúde no molde brasileiro da universalidade e integralidade possibilita o uso cooperativo das tecnologias, insumos, pessoal, repartindo-se não só o uso do sistema de saúde do país vizinho, mas os custos da operação. Como forma de custear de maneira igualitária o acesso aos serviços de saúde, o documento propõe a criação de fundos regionais de saúde para financiar a cooperação transnacional (Mercosul, 2021), uma estratégia eficaz para garantir que as ações de saúde sejam sustentáveis a longo prazo.

Na Proposta de protocolo de cooperação em saúde nas zonas de fronteira do Mercosul, em seu artigo 5º sugere-se que: “Os Estados Partes comprometem-se a promover mais ações de saúde nas áreas de fronteira por meio do Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM) e outras fontes de financiamento” (Mercosul, 2021 p. 111). O uso de fundos regionais pode garantir que as políticas de saúde sejam viáveis a longo prazo e atendam às necessidades da população de fronteira sem sobrecarregar os sistemas nacionais (Mercosul, 2021).

Um dos maiores receios dos agentes públicos que atuam na gestão da saúde nas regiões de fronteira é justamente definir quem será responsável pelo custeio do atendimento prestado a cidadãos não nacionais. Nesse contexto, a criação de mecanismos de resarcimento entre os países e a implementação de um fundo comum transfronteiriço surgem como estratégias viáveis para aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde que absorvem maior demanda.

Em estudo realizado nas cidades gêmeas no Paraná, Aikes e Rizzotto (2018) reforçam essa necessidade ao destacar que o financiamento das ações e serviços de saúde é decisivo para a ampliação ou restrição do acesso de estrangeiros. Dentre as sugestões práticas apontadas por gestores, incluem-se o repasse adicional por atendimento prestado a estrangeiros, a instituição de um Piso da Atenção Básica (PAB) específico para a população flutuante, e a criação de sistemas de informação que permitam registrar a demanda transfronteiriça — não como forma de exclusão, mas para garantir seu devido reconhecimento e financiamento. Também se sugere a formação de consórcios interestaduais e até internacionais, que abarquem a complexidade da região e promovam benefícios em termos de saúde, educação e desenvolvimento local.

No entanto, as experiências de cooperação transfronteiriça no Brasil, especialmente nas cidades gêmeas do Paraná, têm se concentrado em ações pontuais, geralmente vinculadas a situações emergenciais de saúde pública, como surtos e campanhas de vacinação. Segundo estudo realizado com gestores municipais, essas iniciativas ainda carecem de institucionalização, enfrentam barreiras administrativas e jurídicas, e estão fortemente condicionadas à vontade política local e à rotatividade nos cargos. Além disso, o subfinanciamento do sistema público e a ausência de mecanismos estruturados de compartilhamento de informações entre os países vizinhos dificultam a consolidação de modelos duradouros de cooperação regional em saúde (Aikes; Rizzotto, 2018).

No arco norte, segundo Quintana e Hernany (2021), existem alguns acordos entre Brasil, Peru, Colômbia, Guiana e Guiana Francesa revelando que a cooperação em saúde tem se tornado uma necessidade premente, dada a sobrecarga dos sistemas locais e a escassez de recursos para atender tanto à população local quanto à crescente demanda gerada pelos fluxos migratórios.

Por exemplo, o Ajuste Complementar ao Acordo Quadro entre o Brasil e o Peru estabelece um Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira, que tem como objetivo coordenar ações conjuntas, como a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental e a assistência à saúde. Essas ações têm o potencial de melhorar significativamente a qualidade dos serviços prestados nas zonas fronteiriças, promovendo o acesso equitativo aos cuidados de saúde para as populações de ambos os lados da fronteira.

Além disso, os Memorandos de Entendimento entre o Brasil e a Colômbia, Guiana e Guiana Francesa refletem o compromisso dos governos com a integração das políticas públicas de saúde. Tais acordos buscam estabelecer comitês binacionais para coordenar ações de saúde, como campanhas de vacinação, controle de doenças endêmicas e fortalecimento dos sistemas de saúde locais. A ênfase na participação local e na inclusão da sociedade civil é um aspecto central desses acordos, garantindo que as políticas sejam formuladas de acordo com as necessidades reais das comunidades fronteiriças.

Ainda que esses acordos demonstrem avanços na cooperação transfronteiriça, Quintana e Hernany (2022) observam que há desafios consideráveis, como a falta de recursos financeiros adequados, a resistência à implementação de certas políticas em níveis locais e a falta de uma integração plena entre os sistemas de saúde dos países vizinhos. Esses obstáculos precisam ser superados para garantir a eficácia dos modelos de cooperação, permitindo que as soluções sejam sustentáveis e adaptadas às realidades locais. A experiência adquirida nas fronteiras do Arco Norte deve, portanto, ser considerada para a expansão de políticas públicas de saúde em outras

regiões de fronteira, como no Arco Sul e Arco Central, sempre com o foco na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

Outros exemplos de iniciativas de cooperação vêm ocorrendo entre o Brasil e a Guiana Francesa, especialmente na Amazônia. Segundo Silva (2023), as Comissões Mistas Transfronteiriças (CMTs) têm sido um mecanismo chave para promover a integração entre os dois países, abordando diversas questões, incluindo a saúde pública e o controle de endemias como a HIV, malária e dengue. A criação de sistemas conjuntos, como o Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU), também foi destacada como uma medida importante para garantir uma resposta rápida e eficaz a emergências de saúde nas zonas fronteiriças.

Portanto, percebe-se que a cooperação transfronteiriça é uma solução promissora para fazer frente à problemática relacionada à prestação dos serviços de saúde de forma integral, universal, sem discriminação e gratuita nessas regiões. Ainda que existam esforços pontuais no âmbito nacional de um maior repasse de verbas e melhor estruturação dos serviços de saúde nas regiões fronteiriças como foi o caso do SIS-Fronteiras, tais propostas não demonstraram ter a capacidade de solucionar a questão de forma duradoura, além de desconsiderar a necessidade de dividir a responsabilidade e operacionalização do sistema de forma cooperativa com o outro lado da fronteira.

A situação ainda ganha contornos mais complexos se considerarmos a dificuldade de viabilizar em termos jurídicos e práticos a cooperação entre os municípios. Em regra, os sistemas de saúde dos países que fazem fronteira com o Brasil não têm abrangência compatível com a do nosso SUS, além disso, geralmente a infraestrutura em saúde no Brasil tende a ser superior à existente nos países fronteiriços. Por fim, os municípios não possuem a autonomia nem a competência para firmarem acordos que vinculem a União Federal, o que faz com que haja a proliferação de ajustes informais e dispersos nas diferentes fronteiras brasileiras, que variam de acordo com o local analisado e se modificam ainda conforme o interesse político e ideológico do grupo que se encontra responsável pela gestão da saúde.

Diante do exposto, observa-se que a criação de comitês binacionais e a implementação de estratégias conjuntas de saúde têm desempenhado um papel fundamental no fortalecimento da cooperação sanitária entre cidades-gêmeas na região de fronteira. Essas experiências, ainda que desafiadoras, evidenciam a capacidade dos atores locais de construir soluções inovadoras para a integração em saúde. Assim, no capítulo seguinte, serão estudadas de que forma as iniciativas práticas e os arranjos institucionais locais podem possibilitar a superação das

barreiras jurídicas e administrativas, possibilitando a implementação da cooperação transfronteiriça em saúde.

2.5 Paradiplomacia e governança territorial como mecanismo de cooperação local em saúde

A paradiplomacia refere-se ao papel de governos locais e subnacionais nas relações internacionais e na cooperação transnacional, estratégia que tem se demonstrado fundamental em cooperações transfronteiriças, onde governos locais são frequentemente mais ágeis e próximos das necessidades da população do que os governos nacionais.

Os estudos atuais vêm demonstrando que os governos locais vêm transformando sua agenda política externa, que antes era pautada pela passividade e dependência em relação ao ente central, passando agora a assumir um maior protagonismo.

Segundo Cornago (2000; 2001), a paradiplomacia subnacional é um fenômeno global em expansão, que vem ganhando importância em contextos diversos e se consolidando como um traço estrutural do sistema político internacional.

A análise acadêmica da paradiplomacia começou a se desenvolver de forma mais consistente a partir da década de 1980, quando a internacionalização dos governos não centrais passou a ser objeto de atenção específica. Desde então, a produção científica sobre o tema se expandiu, reunindo obras de referência que abordam diferentes aspectos da atuação internacional de entes subnacionais. Contudo, como observa Alvarez (2020), apesar desse crescimento, o lugar da paradiplomacia dentro da disciplina das Relações Internacionais ainda permanece indefinido, marcado por intensos debates conceituais e teóricos.

Cornago (2004, p. 251) conceitua a paradiplomacia como:

(...) o envolvimento de governo subnacional nas relações internacionais, por meio do estabelecimento de contatos, formais e informais, permanentes ou provisórios (*ad hoc*), com entidades estrangeiras públicas ou privadas, objetivando promover resultados socioeconômicos ou políticos, bem como qualquer outra dimensão externa de sua própria competência constitucional.

O conceito geral de paradiplomacia está relacionado à possibilidade de entes subnacionais (Estados, províncias, regiões e cidades) elaborarem uma política externa própria, atuando nas relações internacionais, com ou sem o auxílio do poder central (Pereira; Luz, 2017, apud Brigagão, 2005).

Nas regiões fronteiriças, a paradiplomacia se intensifica devido às necessidades comuns dessas áreas, frequentemente marcadas por desigualdades socioeconômicas e ambientais.

Nesses contextos, a limitada presença do Estado nacional leva governos locais e organizações não governamentais a promoverem iniciativas cooperativas para minimizar as disparidades regionais e encontrar soluções rápidas e eficazes para os desafios locais (Santos-Melo et al., 2020).

Pela própria característica das regiões de fronteira, a proximidade geográfica das localidades situadas funciona como um ponto de convergência, sendo que suas cidades fronteiriças às vezes possuem mais contatos entre si do que com o governo central (Alvarez, 2020). Ainda que exista uma clara separação política, jurídica, administrativa, e social, tal limitação acaba sendo artificial, não refletindo a real vontade e os interesses da população fronteiriça (Scherma et al., 2015).

Em um estudo da década passada sobre o tema, Bomtempo et al. (2013) já alertavam para o protagonismo das instâncias locais nas iniciativas de métodos cooperativos entre os sistemas de saúde, destacando que as ações setoriais geram reflexos também na esfera jurídica e administrativa em nível nacional.

Vieira (2019) aponta que nas últimas décadas, o protagonismo dos entes locais vem ganhando força, como por exemplo o fomento pelo Mercosul de iniciativas como a Rede Mercociudades e, em âmbito mais amplo, a criação da OLACIF – Organização Latino-Americana de Cidades Fronteiriças.

Além disso, nota-se a tendência de os municípios instituírem órgãos de Relações Internacionais para participar tecnicamente dos espaços decisórios pós-nacionais, firmando acordo com entidades públicas ou privadas na ordem internacional, o que revela os novos horizontes da paradiplomacia (Junqueira, 2015).

Na esfera relacional, as iniciativas dos profissionais de saúde têm se mostrado fundamentais para o início de ações cooperativas, com um papel motivador, mobilizador e de gestão da cooperação. Embora nem todos compartilhem os mesmos ideais éticos e políticos, há um consenso nas referências às desigualdades territoriais em saúde, que se tornam um fator comum entre as experiências analisadas (Bomtempo et al., 2013).

Pelas leis nacionais, os municípios brasileiros não possuem competência para celebrar acordos internacionais de forma autônoma. A competência para celebrar tratados, convenções e atos internacionais é privativa do Presidente da República, conforme o artigo 84, inciso VIII, da Constituição Federal de 1988. Esses atos estão sujeitos a referendo do Congresso Nacional, que os aprova por meio de decreto legislativo, conforme o artigo 49, inciso I, da nossa Constituição. Assim, em regra, para ter efeitos jurídicos vinculantes, qualquer acordo

internacional que envolva municípios brasileiros deve ser celebrado pela União e, posteriormente, aprovado pelo Congresso Nacional.

No entanto, a morosidade e dificuldade desse procedimento oficial de cooperação acaba fazendo com que acordos informais sejam a via mais comum e rápida para resolver os problemas da fronteira, que podem surgir e se modificar de forma tão rápida a ponto de tornar os acordos referendados obsoletos.

Ademais, devido à extensão do território nacional, ainda que se realize um acordo entre os entes federados, as realidades práticas dos municípios fronteiriços são muito diferentes entre si, o que torna essencial a adoção de acordos compatíveis com as peculiaridades locais (Vieira, 2019).

Santos-Melo et al., compartilham do entendimento sobre a viabilidade dos ajustes firmados por entes subnacionais:

Apesar de as normativas nacionais indicarem que acordos dessa natureza não são oficiais, o governo federal brasileiro segue diretrizes de aceitabilidade da paradiplomacia, o que confere certa autonomia para municípios fronteiriços brasileiros realizarem essas transações. A prerrogativa de aceitabilidade da paradiplomacia em regiões fronteiriças já é reconhecida em países como Canadá, México, Alemanha, Argentina, África do Sul e Estados Unidos, por serem consideradas benéficas, dada a diversidade política que elas proporcionam (Santos-Melo et al., 2020, p. 8).

A Constituição Brasileira, no artigo 52, inciso V, determina que compete privativamente ao Senado Federal autorizar operações externas de natureza financeira, de interesse da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1988). Com base nesse dispositivo, seria possível defender que os entes não centrais brasileiros têm capacidade para celebrar tratados, incluindo tratados de financiamento, desde que haja a devida autorização do Senado Federal. Além disso, na visão de Santo-Melo et al. (2020), a atuação paradiplomática, por meio do Protocolo de Cooperação Regional e Fronteiriça, reconhece a participação e autonomia dos governos estaduais e municipais no cenário internacional⁴.

Em relação ao Estado Plurinacional da Bolívia, a Constituição de 2009 é considerada mais inovadora no tocante à possibilidade de os entes subnacionais atuarem na ordem internacional. O artigo 299, inciso I, item 5, estabelece que as relações internacionais constituem competência compartilhada entre o nível central e as entidades territoriais

⁴ Buscando dar respaldo normativo à paradiplomacia, o Deputado Federal André Costa apresentou ao Congresso Nacional a proposta de Emenda à Constituição (PEC) 475/05, chamada PEC da Paradiplomacia, que visava acrescentar o parágrafo 2º ao artigo 23 da Constituição Federal, permitindo que Estados Federados, Distrito Federal e municípios pudessem promover atos e celebrar acordos ou convênios com entes subnacionais estrangeiros. Apesar de todo o esforço do parlamentar, no dia 18 de abril de 2006, em sede da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara dos Deputados, o parecer do Relator Ney Lopes (PFL/RN) opinou pela inadmissibilidade da proposta (Pereira; Luz, 2017).

autônomas, permitindo que os governos departamentais, regionais e municipais promovam acordos internacionais de interesse específico, desde que sempre no marco da política exterior do Estado (Bolívia, 2009).

O artigo 304, inciso II, item 1, reforça essa perspectiva ao reconhecer explicitamente que as autonomias indígena-originário-campesinas podem realizar intercâmbios internacionais, também condicionados à política externa nacional (Bolívia, 2009). Em contrapartida, o artigo 298, inciso I, item 8, reserva ao nível central a competência privativa sobre política exterior, e os artigos 255 a 260 disciplinam a negociação e a ratificação de tratados internacionais, assegurando a primazia do Estado central nesse campo (Bolívia, 2009).

Complementarmente, a Lei nº 465, de 19 de dezembro de 2013, do Serviço de Relações Exteriores, em seus artigos 29 e 30, determina a coordenação obrigatória entre as coletividades locais (departamentais, regionais, municipais e indígena originário-campesinas) e o Estado central para a condução de qualquer iniciativa internacional, definindo mecanismos e limites para essas atuações (Bolívia, 2013).

Assim, ainda que a política externa permaneça como atribuição exclusiva do nível central, a Bolívia se destaca por admitir, no plano constitucional e legal, um espaço formal para a paradiplomacia de diferentes níveis subnacionais — departamental, regional, municipal, indígena-originária e campesina — configurando um modelo inovador de articulação entre descentralização política e inserção internacional.

Embora a paradiplomacia tenha sido eficaz em muitos casos, ela enfrenta desafios significativos, como a necessidade de maior coordenação jurídica entre os governos locais e nacionais. A diferença nas políticas públicas de saúde e as restrições orçamentárias dificultam a continuidade das ações de saúde transnacional. Além disso, por muitas vezes a paradiplomacia pode ser afetada pela vontade política dos gestores locais, que podem simplesmente alterar ou extinguir projetos de governo, caso não exista um vínculo jurídico forte que garanta a continuidade da cooperação (Bomtempo et al., 2013),

Segundo Pereira e Luz (2017), a paradiplomacia oferece oportunidades para a integração e a formação de forças políticas regionais que visam mitigar dificuldades comuns entre os entes subnacionais, suavizando a problemática da descontinuidade da cooperação e fortalecendo a força normativa-vinculante dos acordos de cooperação. No contexto brasileiro, isso implica na necessidade de articulação entre os entes federativos em questões internacionais, com o objetivo de aprimorar iniciativas e assegurar a segurança jurídica nas atividades internacionais dos estados e municípios. Ao mesmo tempo, é necessário o amadurecimento das questões dentro do governo federal, de forma a criar uma política de Estado que fortaleça a

federação e a política externa brasileira, permitindo que os governos subnacionais continuem atuando no cenário internacional de maneira coordenada e estratégica.

Ainda que possam existir normativas claras sobre questões como a saúde em contextos transfronteiriços, Fagundes et al. (2018) apontam que o processo de normatização-execução pode resultar em uma fragmentação-desvirtuação da proposta original. Isso ocorre porque, durante a implementação das políticas, decisões locais são tomadas pelos gestores de saúde, o que pode alterar ou até distorcer o objetivo original das leis ou pactos binacionais. Os gestores, ao lidarem com as especificidades locais e suas próprias compreensões sobre a gestão de saúde, podem influenciar diretamente a forma como os direitos são garantidos e como as políticas são efetivamente executadas.

Fagundes et al. (2018, p. 299) criticam a descontinuidade dos pactos bilaterais – e da própria normativa em saúde –, observando que:

O longo percurso da construção e consolidação de um acordo assinala uma questão-chave para a implementação dos pactos bilaterais: a renovação das gestões municipais e nacionais com alterações nos quadros funcionais, não se mantendo o necessário seguimento desse processo no sentido de construir e consolidar institucionalidades mais sólidas no âmbito da proteção à saúde.

Ainda que exista essa problemática em relação a normatividade e continuidade dos acordos de cooperação transfronteiriça em saúde no âmbito municipal, é inegável que os gestores locais desempenham um papel central na implementação de projetos de saúde transnacional e na coordenação de ações locais em saúde.

Além dos gestores locais, os próprios movimentos sociais e atores do setor privado podem exercer influências sobre a gestão da saúde no território. Segundo Santos e Voks (2020), a noção de Governança tenta demonstrar que tanto o setor público como o privado podem formar redes de cooperação e embate, através do debate público, tratando a intervenção do problema de forma mais aberta, construindo coletivamente os objetivos, metas e resultados.

A literatura sobre integração fronteiriça destaca a urgência de ampliar a participação de novos atores, sobretudo a sociedade civil, na formulação de políticas de fronteira. Segundo Vieira (2019) a ausência de tais atores nos espaços decisórios compromete a legitimidade e a efetividade da governança transfronteiriça, risco que se agrava em localidades afastadas dos centros políticos nacionais, como ocorre em Corumbá e Puerto Quijarro em relação a Brasília e La Paz. Essa distância física e política tende a reforçar a desconexão entre as demandas locais e as decisões tomadas nas capitais, o que evidencia a necessidade de mecanismos de cooperação que incorporem a voz da população fronteiriça.

No entanto, segundo Santos e Voks (2020) nem toda pauta consegue formar um público. Utilizando-se dos conceitos de Dewey, argumentam que situações de baixa ou nenhuma

representatividade de uma coletividade comprometem o fortalecimento do Estado democrático, gerando o risco que determinada sociedade se torne uma “oligarquia administrada para o interesse de poucos”. Sugerem que o insucesso das políticas públicas evidencia a necessidade de repensar a organização estatal e, sobretudo, a forma como os problemas públicos são construídos, exigindo o abandono da ideia de um Estado que monopoliza as decisões, em favor de um modelo de gestão compartilhada, no qual diferentes grupos de atores participem ativamente da construção do bem comum.

Santos e Voks (2020) relatam que a prestação de serviços de saúde na fronteira de Corumbá-Puerto Quijarro não impacta apenas o setor público brasileiro, já que bolivianos também recorrem frequentemente à rede privada de saúde em Corumbá, movimentando clínicas, farmácias e laboratórios. Por outro lado, há um fluxo de brasileiros que buscam medicamentos e atendimentos médicos no lado boliviano, motivados por fatores como preços acessíveis e disponibilidade de produtos ou serviços não facilmente encontrados no Brasil.

Portanto, é necessária ainda a inclusão do conceito de governança na abordagem da cooperação transfronteiriça, sendo necessário pensar a gestão do território além da centralidade do Estado, incluindo no debate todos os atores do setor público e privado atuantes na esfera pública transfronteiriça.

Conforme exposto por Silva (2024), com base nas contribuições de Valenciano (1990), os Comitês de Fronteira, instituídos por acordos bilaterais firmados entre Estados nacionais, apresentam composição mista entre representantes governamentais de diferentes níveis e membros da sociedade civil. Esses comitês variam quanto à formalidade, possuem reuniões periódicas e são reconhecidos como espaços efetivos de deliberação. Em sua maioria, estão localizados em regiões com presença consular e são presididos por cônsules, que se revezam conforme critérios definidos. Alguns contam ainda com regimentos próprios e comissões temáticas, apesar da tendência à padronização de procedimentos.

No caso específico de Corumbá, conforme analisado por Silva (2024), foi possível identificar duas reuniões do Comitê de Integração Fronteiriça (CIF) Corumbá-Puerto Suárez, instituído em 1997, com o objetivo de fomentar a cooperação bilateral em áreas como saúde, segurança, educação e desenvolvimento econômico. Sua estrutura compreende representantes de diversas esferas governamentais e da sociedade civil, e suas reuniões foram organizadas em torno de três eixos temáticos: segurança, integração econômica e temas sociais.

A primeira reunião, realizada somente em novembro de 2011, em Corumbá, destacou a necessidade de coordenar o enfrentamento de questões relacionadas ao meio ambiente,

transporte, turismo, integração policial e segurança pública, residência, trabalho, assistência hospitalar, educação e tributação diferenciada (Silva, 2024).

A segunda reunião, conforme estudado por Silva (2024), realizada em junho de 2018, aprofundou os debates iniciados na primeira, repetindo a divisão em três eixos temáticos, incorporando novas questões como o combate à falsificação de documentos migratórios, ao tráfico de haitianos e aos incêndios florestais. A reunião propôs a criação de canais ágeis de comunicação entre as forças de segurança, como grupos de WhatsApp, e na proposta de aplicativos binacionais para integração de dados. Discutiu-se também a necessidade de regularização documental de estudantes bolivianos no Brasil, de fortalecimento do ensino técnico integrado e de institucionalização de escolas de fronteira. Além disso, as autoridades brasileiras demonstraram preocupação com o grande número de bolivianos atendidos pelo SUS do Brasil e a falta de reciprocidade em relação aos brasileiros, oportunidade em que foi revelado pelas autoridades bolivianas que não existia previsão orçamentária para gastos com estrangeiros na legislação boliviana.

Ainda que essas iniciativas tenham demonstrado o potencial transformador da paradiplomacia, Silva (2024) salienta entraves estruturais que comprometem a efetividade do comitê, como a descontinuidade administrativa, a centralização das decisões no governo federal e a ausência de mecanismos institucionais de monitoramento:

Como se pode verificar pelas informações e considerações apresentadas, o encadeamento de ações e comunicações do CIF Corumbá-Puerto Suárez encontra-se por demais centralizado e dependente das ações do Itamaraty, que ainda demonstra exercer uma espécie de tutela sobre os trabalhos dos comitês de fronteira, apesar do caráter preponderantemente local desses instrumentos de diálogo. Pode-se afirmar, portanto, que essa centralização, cuja decorrência é a inexistência de uma instituição genuinamente fronteiriça, com reuniões regulares, com membros estáveis, habilitada a representar os interesses locais, representa fator determinante para o impedimento do funcionamento satisfatório do comitê (Silva, 2024 p. 81-82).

De qualquer forma, a análise do funcionamento do Comitê de Integração Fronteiriça (CIF) e das reuniões por ele realizadas reforça a importância de incorporar práticas de governança policêntrica e de valorizar os atores locais como participantes na formulação e implementação de políticas públicas em territórios transfronteiriços.

Na visão de Silva (2024), não basta apenas garantir a presença formal desses atores nas reuniões: é fundamental que comunidades locais, gestores municipais e representantes da sociedade civil passem a exercer um papel ativo também na implementação prática, no monitoramento dos resultados e na continuidade institucional das ações pactuadas. A estrutura dos comitês, embora desenhada para ser inclusiva, muitas vezes reproduz lógicas centralizadas

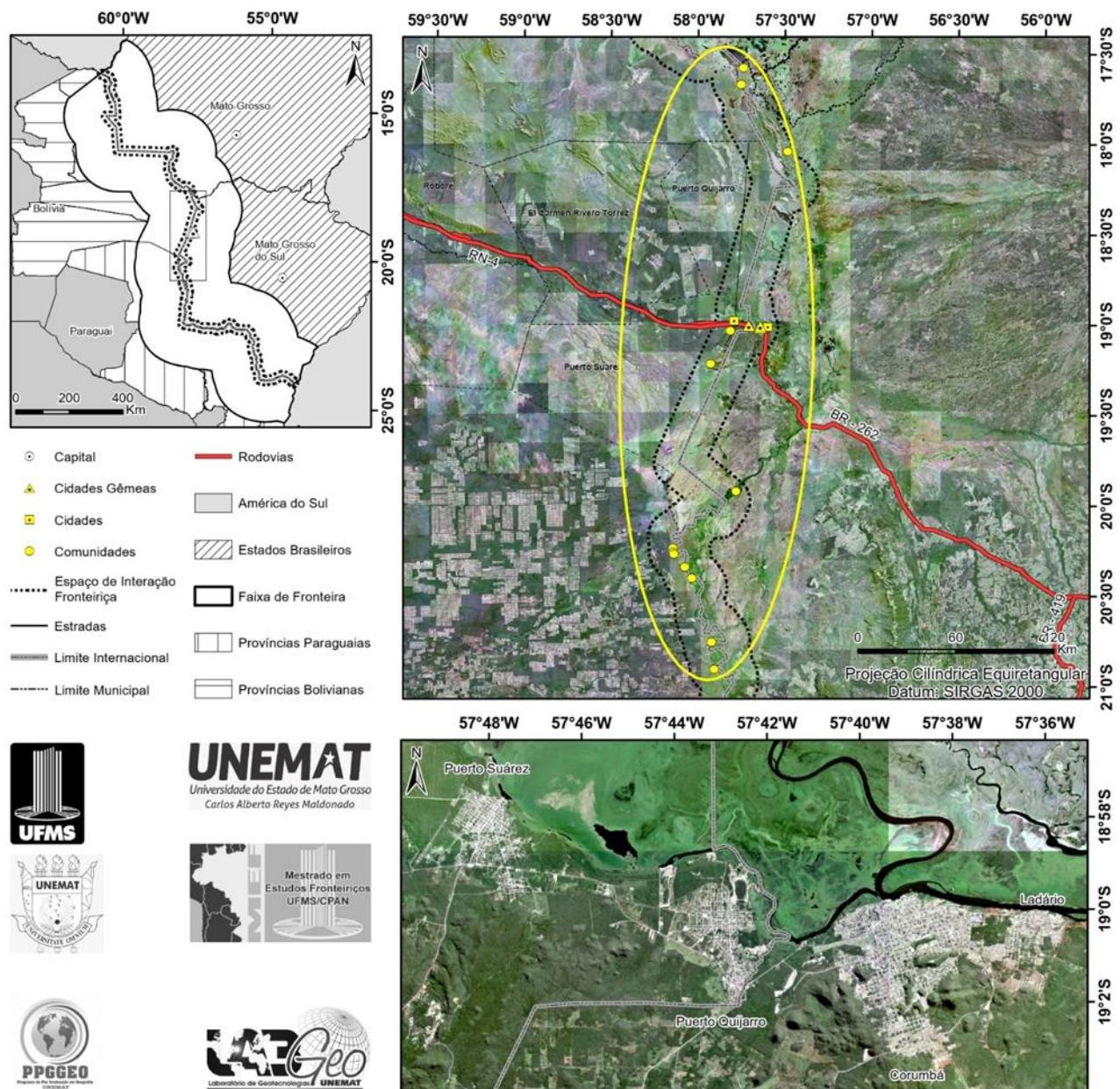
que dificultam a apropriação local das iniciativas e comprometem a eficácia das ações no longo prazo.

Nesse sentido, Silva (2024) propõe a constituição não só de comitês, como também de subcomitês temáticos permanentes, com autonomia relativa e capacidade de articulação direta com os órgãos técnicos de ambos os países, para tratar de questões como saúde, educação, meio ambiente e mobilidade humana. Essas instâncias descentralizadas permitiriam que soluções mais próximas da realidade local fossem pensadas e aplicadas com celeridade e pertinência, além de facilitar a construção de vínculos contínuos entre os atores locais, independentemente de mudanças de governo. O fortalecimento dessas estruturas exige, contudo, investimento em capacitação, garantia de recursos mínimos para seu funcionamento e o reconhecimento formal, por parte dos governos centrais, da legitimidade das práticas de cooperação local, reforçando, assim, a paradiplomacia como instrumento legítimo de governança fronteiriça.

3 MATERIAIS E MÉTODOS: CAMINHOS DA PESQUISA

A área de estudo compreendeu as cidades de Corumbá e Puerto Quijarro, buscando averiguar as normas, tecnologias e infraestruturas existentes relacionadas ao sistema de saúde de ambas as cidades gêmeas, como forma de buscar a utilização de maneira cooperativa no âmbito da saúde (Figura 1).

Figura 1 – Localização da área de estudo: Cidades Gêmeas - Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO)



Fonte: Costa (2023, p. 400).

Tratou-se de pesquisa aplicada, descritiva e exploratória. A pesquisa aplicada, de acordo com Gil (2008), visa à solução de problemas práticos e busca resultados que possam ser utilizados diretamente. No contexto da gestão fronteiriça da saúde, buscou-se soluções práticas para melhorar a coordenação e a oferta de serviços de saúde nas cidades gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro. Avaliou-se a possibilidade do desenvolvimento de um modelo de gestão que tenha aplicação direta na faixa de fronteira e nas políticas públicas de saúde.

A pesquisa teve como objetivo descrever as características de fenômenos ou populações (Gil, 2008). Foi utilizada essa abordagem para descrever as atuais condições da saúde pública nas cidades gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro, como a legislação e infraestruturas existentes, a demanda dos pacientes, os recursos disponíveis e os principais desafios enfrentados, oferecendo uma base para propor mudanças e melhorias na gestão fronteiriça da saúde.

A pesquisa exploratória, por sua vez, foi aplicada pelo fato de o tema não ter sido amplamente estudado e não possuir muitas informações disponíveis (Gil, 2008). No caso de Corumbá e Puerto Quijarro tal enfoque foi fundamental para entender as variáveis que influenciam a gestão da saúde nas cidades gêmeas, como questões legais, políticas de cooperação internacional e particularidades da região. Esse tipo de pesquisa ajudou a identificar novos problemas e oportunidades para intervenção, sendo essencial para embasar a formulação de um modelo de gestão inovador do território. Também, permitiu explorar tentativas exitosas de ações complementares transfronteiriças de saúde em outras regiões.

O ponto de partida foi a premissa teórica da igualdade entre brasileiros e estrangeiros fronteiriços no acesso ao SUS no Brasil, com uma pesquisa e abordagem quantitativa e qualitativa que utilizou como caminho metodológico a coleta de dados através de revisão bibliográficas, bem como entrevistas, a fim de verificar as percepções dos gestores da área da saúde, no que tange o orçamento e infraestrutura em Corumbá e Puerto Quijarro.

Utilizou-se a abordagem quantitativa e qualitativa de forma complementar, oferecendo uma análise mais robusta e abrangente do problema da gestão compartilhada da saúde. O método misto combina dados quantitativos, que fornecem uma visão objetiva e mensurável da realidade, com dados qualitativos, que captam as percepções, opiniões e complexidades contextuais dos atores envolvidos (Creswell, 2021).

De acordo com Creswell (2021), o método misto envolve a coleta e análise de dados tanto quantitativos quanto qualitativos, permitindo que o pesquisador tenha uma visão mais completa do fenômeno estudado. Pretendeu-se avaliar quantitativamente a infraestrutura, a utilização por estrangeiros e os recursos de saúde disponíveis nas cidades gêmeas, ao mesmo

tempo que explora qualitativamente as percepções e desafios enfrentados por gestores e profissionais de saúde nesses contextos fronteiriços. Essa combinação ajudou a entender tanto os números quanto os aspectos subjetivos que influenciam a gestão da saúde.

Machado (2023) reforça que o uso de metodologias quali-quantitativas possibilita um diálogo entre dados objetivos e interpretações subjetivas, permitindo que diferentes aspectos de um problema sejam compreendidos de maneira integrada. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de levantamentos estatísticos, como o número de pacientes atendidos em Corumbá, enquanto a parte qualitativa envolveu entrevistas com gestores e profissionais de saúde para captar suas percepções sobre os desafios da gestão fronteiriça.

Foram realizados levantamento dos dados disponíveis nos sistemas e bases de dados do Brasil. O levantamento de dados no município de Puerto Quijarro na Bolívia não foi possível, apesar das diversas tentativas realizadas, não contamos com a colaboração dos gestores bolivianos.

Como público-alvo, foram entrevistados os gestores, tanto da cidade de Corumbá como Puerto Quijarro, a fim de se compreender melhor como essa integração vem ocorrendo e seus entraves. Foi realizada uma pesquisa com responsáveis pela gestão da saúde, principalmente secretários e diretores das unidades de saúde em ambas as cidades gêmeas.

Um roteiro de entrevista padronizado foi aplicado para cada um dos gestores, sendo redigido em espanhol e português. Em resumo, o objeto da abordagem focou na pesquisa dos quantitativos de atendimento, da percepção em relação ao direito do estrangeiro ao atendimento, nas principais reclamações dos gestores como dos próprios usuários (na perspectiva dos funcionários e gestores) e na possibilidade de cooperação fronteiriça.

Cumpre destacar que alguns profissionais bolivianos que foram entrevistados atuam em ambos os lados da fronteira, exercendo a medicina tanto em Puerto Quijarro como em Corumbá, motivo pelo qual preferiram responder ao questionário em português.

A análise dos dados coletados foi realizada utilizando a triangulação de métodos, uma abordagem que integra diferentes perspectivas e técnicas de análise, com o objetivo de fornecer uma compreensão abrangente da gestão compartilhada da saúde nas cidades gêmeas brasileiras. A triangulação de métodos permitiu cruzar informações de diferentes fontes, garantindo maior rigor e profundidade na interpretação dos resultados, especialmente em um contexto tão complexo como o da cooperação transfronteiriça.

Segundo Marcondes e Brisola (2014), a triangulação de métodos é uma ferramenta essencial para a análise de pesquisas qualitativas, particularmente em cenários onde múltiplos fatores estão em jogo, como é o caso das cidades gêmeas. No presente estudo, essa abordagem

permitirá combinar dados de entrevistas com gestores e profissionais de saúde, análise documental de políticas públicas e observações de campo, proporcionando uma visão holística das dinâmicas de cooperação transfronteiriça.

Suto et al. (2021) ressaltam que a triangulação de métodos é fundamental para identificar convergências e divergências nas práticas de gestão compartilhada, permitindo validar os dados a partir de diferentes perspectivas e evitar vieses. No caso das cidades gêmeas brasileiras, a análise dos dados coletados se concentrará na identificação de padrões e lacunas na implementação de políticas de saúde, nas estratégias de integração entre os sistemas de saúde dos países envolvidos e nos desafios logísticos e administrativos enfrentados pelos gestores locais.

Essa abordagem permitiu uma compreensão aprofundada das condições que facilitam ou dificultam a gestão compartilhada da saúde nas cidades gêmeas, revelando as principais barreiras à colaboração efetiva e sugerindo possíveis soluções para uma gestão mais integrada e eficiente. A análise visou contribuir para o fortalecimento da cooperação transfronteiriça, apontando caminhos para uma atuação conjunta mais harmoniosa e eficaz no campo da saúde pública, através de uma proposta inicial de modelo de cooperação em saúde aplicável para as cidades de Corumbá e Puerto Quijarro.

4 DIÁLOGOS FRONTEIRIÇOS EM SAÚDE ENTRE AS CIDADES GÊMEAS DE CORUMBÁ (BR) E PUERTO QUIJARRO (BO)

4.1 Um comparativo da legislação relacionada à saúde nas cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro

Antes de pensarmos na possibilidade de cooperação transfronteiriça em matéria de saúde, é importante que se verifique a compatibilidade entre as normas que garantem esse direito nos países em que as cidades de Corumbá e Puerto Quijarro fazem parte, como forma de permitir que os cidadãos que vivem na faixa de fronteira possam acessar de maneira recíproca e sem discriminação os serviços e tecnologias de saúde disponíveis.

Não se está aqui a dizer que somente com uma compatibilidade perfeita das normas de ambos os países a cooperação é possível. Os acordos cooperativos podem existir ainda que os países possuam normas e sistemas de saúde diferentes. No entanto, quanto mais próximo for o tratamento dos cidadãos nacionais e estrangeiros em cada país, mais fácil será avançarmos para propostas transfronteiriças cooperativas para gestão da saúde.

O princípio da reciprocidade nas relações internacionais é um conceito fundamental que se refere à prática de um país oferecer benefícios ou concessões a outro, com a expectativa de que o outro país retribua de forma equivalente. Esse princípio é amplamente utilizado na diplomacia, em acordos internacionais e no estabelecimento de relações econômicas e comerciais, sendo considerado uma das bases para a cooperação entre estados. Tem natureza jurídica de norma não escrita ou de costume internacional. A reciprocidade pode se manifestar de diversas formas, desde acordos comerciais até questões diplomáticas, onde a prática de uma nação de tratar um assunto de uma maneira é geralmente correspondida pela outra.

O princípio da reciprocidade, conforme aponta Crawford (2014), é central nas relações internacionais, pois orienta a interação entre estados de forma que um benefício concedido por um estado seja equilibrado por uma resposta similar por parte do outro, gerando um ambiente de cooperação e confiança mútua. Como destacado por Morgenthau (2006), é um dos pilares das relações internacionais, sendo fundamental para a construção de uma ordem internacional baseada em expectativas recíprocas de comportamento, onde as ações de um estado influenciam diretamente as respostas dos outros em um ciclo contínuo de reações mútuas.

Um conceito consagrado dentro deste princípio é a ideia de que a colaboração internacional é mais eficaz quando os estados se envolvem em uma troca mútua, isto é, quando

as concessões ou benefícios são reciprocamente equilibrados, o que cria uma base de confiança e estabilidade nas relações internacionais.

No âmbito do Brasil e da Bolívia, como já relatado na introdução desse trabalho, é possível verificar uma crescente aproximação e empenho de ambos os países para uma colaboração em matéria de saúde, evidenciados pelo Acordo Interinstitucional de Cooperação em Saúde na Fronteira Brasil-Bolívia (AICSF) em 2017 e, mais recentemente, em 2024, pelo Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Esportes do Estado Plurinacional da Bolívia, cujo objetivo é estabelecer as bases para a coordenação no acesso recíproco aos serviços públicos de saúde entre os dois países.

Tendo a reciprocidade como norte, nesse ponto do trabalho, buscar-se-á investigar os avanços dessas tratativas, averiguando até que ponto ambos os países têm buscado uma aproximação de suas legislações ou reciprocidade no tratamento entre brasileiros e bolivianos.

Antes disso, analisaremos a legislação atual brasileira e boliviana, para que seja possível pensar até que ponto os serviços e infraestrutura de saúde podem ser complementares. Após, é de suma importância investigar o conhecimento, colaboração e opiniões dos gestores locais em relação ao avanço destes acordos de cooperação, e, ainda, até que ponto os gestores entendem que esses acordos podem ser implementados na prática e a longo prazo. Por fim, depois das entrevistas com os gestores, será apresentada uma proposta de cooperação transfronteiriça em saúde para a região.

4.1.1 O SUS brasileiro e sua universalidade

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal política pública de saúde no Brasil, sendo fundamental na promoção da saúde e na garantia do direito à saúde de todos os cidadãos, de acordo com o que estabelece a Constituição Federal de 1988.

A criação do SUS visou transformar a saúde em um direito universal, ao contrário do modelo anterior, que era voltado apenas para uma parte da população, com acesso restrito aos trabalhadores com vínculo laboral, ou àqueles que podiam pagar por cuidados privados, ou, ainda, que estavam cobertos por sistemas de saúde suplementar. Ao estabelecer que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988), a Constituição garantiu a universalidade do SUS como um princípio basilar, o qual se reflete em políticas públicas para garantir acesso igualitário a todos os cidadãos, incluindo imigrantes e populações vulneráveis.

O SUS, ao implementar a universalidade, não se limita a garantir o direito à saúde apenas para a população brasileira regular, mas também para estrangeiros que estejam no país.

A universalidade é um dos princípios essenciais do SUS, garantido por sua Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), principalmente em seu art. 7º, I e II, ressaltando a *universalidade* e *integralidade*, que asseguram o acesso irrestrito aos serviços de saúde para todos que residem no Brasil, independentemente de sua nacionalidade ou situação migratória. O Sistema Único de Saúde (SUS) visa garantir que todos os cidadãos, sem qualquer distinção, tenham acesso aos serviços de saúde, desde os cuidados básicos até os de maior complexidade, em um sistema público universal e integral.

Segundo Branco e Branco (2024, p. 47-48):

Com relação ao público elegível para atendimento no SUS, a Lei nº 8.080/90 menciona, genericamente, que 'a saúde é um direito fundamental do ser humano' (art. 2º) e que a assistência oferecida é devida 'às pessoas' (art. 5º), sem distinguir se os destinatários desse comando são brasileiros ou estrangeiros. Semelhante foi a postura do constituinte de 1988, que se limitou a afirmar que 'a saúde é direito de todos' (art. 196 da CF/88). Diante desse cenário, e considerando que o Sistema Único de Saúde se pauta pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, é possível deduzir que a todos os indivíduos presentes no território brasileiro deve ser garantido o acesso ao SUS, independentemente da nacionalidade ou vínculo formal com o Brasil.

No entanto, a implementação de uma universalidade plena enfrenta obstáculos práticos. Embora a legislação brasileira assegure a universalidade, a falta de infraestrutura e barreiras burocráticas podem dificultar o pleno acesso a serviços essenciais, especialmente para imigrantes, que muitas vezes não têm documentos que comprovem sua residência no país ou seu direito ao atendimento pelo SUS (Giovanella et al., 2007). Carneiro et al. (2022) destacam que, embora o Cartão Nacional de Saúde (CNS) seja frequentemente necessário para garantir o acesso ao SUS, a falta de documentação não impede o atendimento, especialmente em regiões com alta presença de imigrantes. O estudo evidencia que a saúde, como direito fundamental, deve ser garantida a todos, independentemente de sua situação migratória ou documental, refletindo a postura inclusiva do SUS, que busca superar obstáculos burocráticos para garantir o direito à saúde para todos.

Branco e Branco (2024) mencionam que, diante das dificuldades enfrentadas pelos migrantes indocumentados, a Nota Técnica nº 8/2024 do Ministério da Saúde procurou flexibilizar as normas para garantir o acesso à atenção médica. A Nota define a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada do SUS, que abrange um conjunto de ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, destaca que as equipes de saúde devem registrar e atender todos, sem exigir documentos específicos que possam dificultar o acesso, respeitando questões culturais e linguísticas. A Nota também orienta os profissionais de saúde a não denunciarem migrantes em situação irregular, mas a orientá-los quanto à regularização migratória.

A universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas mais significativas do Brasil, pois garante que a saúde seja um direito fundamental para todos, incluindo imigrantes, independentemente de seu status migratório. No entanto, a aplicação desse princípio enfrenta desafios em regiões de fronteira, onde a alta demanda por serviços de saúde é exacerbada pelo constante fluxo de pessoas de outros países. Embora a lei brasileira reconheça o direito à saúde para todos, os migrantes enfrentam dificuldades práticas ao tentar acessar os serviços de saúde, especialmente em municípios de fronteira, onde a demanda por serviços médicos é frequentemente maior devido ao fluxo constante de pessoas de outros países.

As regiões de fronteira no Brasil são espaços do nosso território onde a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) é desafiada. A migração pendular, caracterizada pelo movimento constante de trabalhadores entre países vizinhos, aumenta a demanda pelos serviços de saúde, criando desafios para o sistema. Segundo Zaslavsky e Goulart (2017), essa forma de mobilidade é particularmente comum na busca por atenção à saúde, especialmente em regiões fronteiriças, onde a diversidade populacional exige políticas públicas adaptadas para atender tanto brasileiro quanto estrangeiro.

A falta de documentação e a exigência de comprovantes de residência são barreiras que dificultam o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, embora o SUS tenha a obrigação legal de atendê-los. A exigência do Cartão Nacional de Saúde (CNS), que é um dos documentos exigidos para acesso ao SUS, pode excluir aqueles que não têm registro adequado de residência no Brasil.

A universalidade do SUS é, sem dúvida, uma das maiores conquistas do Brasil, pois garante a todos o direito ao acesso à saúde. Contudo, sua implementação plena enfrenta barreiras significativas, principalmente para os imigrantes, que podem ser afetados por exigências burocráticas e pela falta de integração entre o Brasil e seus países vizinhos. É essencial que o SUS continue evoluindo, com políticas públicas mais inclusivas e flexíveis, capazes de garantir o acesso universal à saúde para todos, sem distinção de nacionalidade ou situação migratória.

Umas das formas de permitir que esses entraves burocráticos sejam diminuídos é a cooperação transfronteiriça. A partir do momento em que forem firmados acordos claros e vinculantes entre os gestores da saúde fronteiriça nas cidades de Corumbá e Puerto Quijarro, o livre acesso aos serviços de saúde será garantido, sendo possível então passar para etapa da gestão cooperativa do sistema.

Mas antes disso, é preciso compreender como o sistema de saúde boliviano é definido na atualidade. Será que possui a abrangência de integralidade e universalidade brasileira? Se

não possuir essa abrangência, pensando em termos de reciprocidade, o brasileiro que busca atendimento no sistema boliviano terá o atendimento universal e integral tal como o boliviano tem direito no brasil? São alguns questionamentos que buscaremos respostas nos próximos tópicos.

4.1.2 O Sistema de saúde boliviano

A Bolívia tem avançado, especialmente desde a promulgação da Constituição de 2009, em reformas estruturais no campo da saúde, culminando na criação do *Sistema Único de Salud con Atención Integral y Gratuita* (SUS/SAIS) por meio da Lei n.º 1152, de 20 de fevereiro de 2019. O modelo visa garantir o acesso universal e gratuito à saúde para a população boliviana que não possui seguro social, configurando-se como um marco relevante de consolidação de direitos sociais no Estado Plurinacional.

A Constituição Política do Estado (CPE) boliviano, promulgada em 2009, estabelece em seu artigo 18: “*Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantizará el acceso al sistema universal y gratuito de salud*” (Bolívia, 2009).

Com a Lei n.º 1152, conhecida como “Lei do SUS boliviano”, buscou-se dar efetividade ao direito constitucional, instituindo um modelo baseado nos princípios da universalidade, gratuidade, integralidade e interculturalidade. A norma afirma: “*Se garantiza el acceso universal y gratuito a la atención integral en salud de todas las personas que no cuenten con seguro de salud en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia*” (Bolívia, 2019, art. 4).

Esse modelo boliviano se diferencia do brasileiro por prever a cobertura somente para indivíduos sem vínculo com seguros sociais ou privados, ainda que mantenha o princípio da universalidade como horizonte normativo. A estrutura do SUS/SAIS é descentralizada, articulada entre os níveis nacional, departamental e municipal, com responsabilidade compartilhada e financiamento público, inclusive por coparticipação dos municípios.

Um dos principais avanços do sistema boliviano é o reconhecimento da interculturalidade, que busca integrar práticas da medicina tradicional indígena originária camponesa (*medicina tradicional indígena originaria campesina*), conforme previsto no artigo 44 da Lei n.º 1152. Tal reconhecimento se faz especialmente relevante em zonas fronteiriças, como Puerto Quijarro, onde a convivência entre saberes biomédicos e tradicionais é uma realidade social.

Contudo, a efetividade do SUS/SAIS encontra obstáculos consideráveis. Segundo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apenas cerca de 65% da população boliviana encontra-se efetivamente coberta pelo sistema público de saúde (OPAS, 2021). Os

principais desafios envolvem escassez de infraestrutura, deficiência no abastecimento de medicamentos, dificuldade de fixação de profissionais e ausência de serviços especializados em regiões rurais e de fronteira.

Na prática, observa-se que a prestação de serviços de saúde gratuita a estrangeiros em território boliviano, embora não seja expressamente proibida, depende da disponibilidade orçamentária local, oferta estrutural adequada e não está assegurada em termos de reciprocidade automática, já que a universalidade do SUS boliviano é garantida apenas para aqueles que não possuem seguro privado de saúde. Isso impõe dificuldades concretas ao atendimento de brasileiros em Puerto Quijarro, ao passo que bolivianos frequentemente buscam assistência médica no município vizinho de Corumbá (Brasil), onde o ingresso ao SUS possui maior abrangência em termos de acesso universal e infraestrutura mais abrangente.

Conforme já relatado anteriormente, em 9 de julho de 2024, durante a visita do presidente Luiz Inácio Lula da Silva à Bolívia, foi assinado o “Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Esportes do Estado Plurinacional da Bolívia sobre a Coordenação no Âmbito do Acesso Recíproco aos Serviços de Saúde Pública”. Este acordo visa estabelecer mecanismos de cooperação para garantir o acesso recíproco aos serviços de saúde pública entre os dois países, especialmente nas regiões de fronteira.

A ministra da Saúde e Esportes da Bolívia, Maria Renée Castro, destacou que o acordo permitirá atender melhor as populações fronteiriças, estabelecendo normas conjuntas para casos de emergências e cirurgias. Ela afirmou que "para os bolivianos que vivem no Brasil e os brasileiros que residem na Bolívia, este acordo significa um grande avanço. Trabalharemos sob o marco do Sistema Único de Saúde (SUS) da Bolívia e do sistema de saúde pública do Brasil, ambos reconhecidos por sua eficácia", ressaltou a necessidade de pensar a fronteira de forma diferenciada e mencionou a inovação de “casos de emergências e cirurgias que agora poderão ser regulados e normatizados de forma conjunta.” (Bolívia, 2024).

A experiência de cooperação em saúde entre Brasil e Bolívia também tem se fortalecido em outras regiões de fronteira. Em dezembro de 2024, a Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (Agevisa/RO), em parceria com a prefeitura de Guajará-Mirim e autoridades bolivianas, realizou uma reunião estratégica para fortalecer a cooperação em saúde pública na região de fronteira. A reunião abordou questões relacionadas ao controle de doenças transmissíveis, como aids, dengue, malária, tuberculose e sífilis, além de estratégias de imunização e vigilância em saúde.

O coordenador da rede de saúde de Guayaramerin, na Bolívia, Frans Álvaro Molina, enfatizou os avanços obtidos com a parceria binacional, destacando que "a cooperação entre Bolívia e Brasil tem mostrado resultados significativos à saúde pública em nossas fronteiras. Estamos empenhados em continuar expandindo essas ações conjuntas, para garantir que as populações fronteiriças tenham acesso a serviços de saúde mais eficazes, qualificados e integrados entre os municípios da fronteira" (Governo de Rondônia, 2024).

Portanto, embora o marco normativo da Bolívia conte com importantes princípios de justiça sanitária, a efetivação plena do direito à saúde – especialmente na fronteira com o Brasil – ainda exige aprimoramentos estruturais, aumento de investimentos e maior articulação interestatal. A busca por soluções cooperativas entre Corumbá e Puerto Quijarro deve considerar essas disparidades de infraestrutura e oferta de serviços como ponto de partida para o planejamento de ações coordenadas e viáveis, que serão analisadas nos próximos tópicos.

4.2 Atendimento a estrangeiros em Corumbá nos anos de 2022 a 2025

A análise dos dados referentes ao atendimento de estrangeiros em Corumbá entre os anos de 2022 e 2025 revela um crescimento expressivo no número de registros, seguido de certa oscilação no último período. O total de atendimentos somados, entre Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades e unidades de urgência, ultrapassa 18 mil registros até maio de 2025, evidenciando a magnitude da demanda por saúde de estrangeiros no município fronteiriço.

Nesse ponto, cumpre destacar que não foi possível realizar uma análise do número de brasileiros atendidos em Puerto Quijarro em razão do não fornecimento de dados por parte da Secretaria de Saúde do município. De qualquer forma, alguns elementos sobre essa temática foram extraídos da fala dos gestores durante as entrevistas que foram realizadas, cujas falas foram sistematizadas mais adiante.

Em 2022, o volume de atendimentos ainda era relativamente modesto, mas já indicava forte presença da população boliviana nas unidades de saúde do município. O Pronto-Socorro Municipal Dr. Rogério Takaki Bento aparece como a principal porta de entrada, reunindo a maior parte dos atendimentos de urgência, seguido pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O Pronto-Socorro está localizado na rua América esquina com a Sete de Setembro, na área central da cidade, o que é mais um fator a justificar a intensa procura dos atendimentos nessa unidade.

Já as UBS, distribuídas nos bairros, também registraram procura relevante, especialmente nas unidades Padre Ernesto Sassida, Breno de Medeiros e Énio Cunha II, sinalizando que a atenção primária também absorve parte significativa da população estrangeira que vive na fronteira. Essa constatação pode ser evidenciada ao analisarmos a localização geográfica dessas unidades. Essas UBS são as que ficam mais próximas à região de fronteira, o que demonstra de maneira clara que a população fronteiriça boliviana se utiliza não só da urgência e emergência, como também de tratamentos regulares oferecidos pelas UBS.

O ano de 2023 marca um salto notável, com crescimento em quase todas as unidades, tanto na atenção básica quanto nos serviços de média e alta complexidade. Esse aumento pode estar relacionado ao fim do período mais crítico da pandemia de Covid-19 e à retomada da circulação de pessoas na fronteira, com reflexos no aumento da mobilidade para tratamento de saúde. Observa-se, nesse ano, um incremento expressivo nos atendimentos de bolivianos, que representaram a maior parte absoluta dos casos.

Em 2024, os dados consolidam a tendência de alta, alcançando o maior patamar do período. Destaca-se a ampliação dos atendimentos no Centro de Especialidades Médicas Dr. Fadah Scaff Gatass, evidenciando procura por consultas e procedimentos especializados, muitas vezes não disponíveis em Puerto Quijarro e Puerto Suárez. O crescimento no Centro de Reabilitação Municipal Luiz Maurício Papa também sugere uma procura maior por tratamentos de médio prazo, como fisioterapia e reabilitação funcional, ultrapassando o atendimento imediato de urgência.

Já em 2025, os números parciais (até maio) indicam uma redução em relação ao pico de 2024, mas ainda em patamar elevado quando comparado a 2022. Essa queda pode ser explicada pelo recorte temporal (apenas cinco meses), mas também pode sinalizar uma estabilização da demanda. Ainda assim, unidades como o Pronto-Socorro e a UPA continuam figurando como os principais pontos de atendimento. Com relação ao Centro de Saúde da Mulher, sua inclusão dos dados somente em 2025 se justifica pelo fato de que a unidade ficou fechada por alguns anos, tendo sido aberta recentemente, o que pode justificar a inexistência de dados em anos anteriores.

Outro aspecto relevante é a diversidade de nacionalidades atendidas. Embora os bolivianos representem a ampla maioria dos casos, há registros constantes de pessoas de outros países latino-americanos (como Paraguai, Peru, Colômbia, Venezuela e Chile) e de migrantes ou visitantes de outros continentes (como África, Europa e Oriente Médio). Esse dado reforça que Corumbá é uma cidade que atrai não só migrantes de passagem, como também é um polo turístico e uma cidade verdadeiramente cosmopolita.

A leitura dos quadros e gráficos apresentados evidencia uma tendência contínua de crescimento no atendimento a estrangeiros entre 2022 e 2024, com destaque para o aumento proporcionalmente mais acentuado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O total de registros passou de 830 em 2022 para 3.194 em 2024, representando uma expansão de quase 285% em dois anos. Entre os estrangeiros atendidos, os bolivianos correspondem a aproximadamente 90% dos casos, o que confirma sua predominância absoluta na rede municipal de saúde. Esses dados reforçam que a atenção primária tem desempenhado papel essencial na absorção dessa demanda, funcionando como porta de entrada preferencial dos usuários fronteiriços no SUS e refletindo os fortes laços de interdependência entre Corumbá e Puerto Quijarro.

Nos serviços de média e alta complexidade — como o Pronto-Socorro Municipal Dr. Rogério Takaki Bento, a UPA e os centros de especialidades — a evolução também é notável: os atendimentos a estrangeiros somaram 10.093 entre 2022 e 2025, dos quais mais de 72% correspondem a bolivianos. O Pronto-Socorro manteve-se como o principal ponto de acesso, concentrando quase metade dos casos, o que demonstra a dependência das estruturas brasileiras para situações de urgência. Em síntese, os dados revelam um quadro de demanda crescente e consolidada, que ultrapassa fronteiras administrativas e evidencia a necessidade de protocolos bilaterais de cooperação em saúde, voltados à gestão compartilhada de fluxos, ao financiamento conjunto e à segurança jurídica dos profissionais envolvidos.

Quando se observa o conjunto dos atendimentos realizados entre 2022 e 2025, verifica-se que as Unidades Básicas de Saúde concentraram cerca de 44% de todos os registros, enquanto os serviços de urgência e especialidades responderam por aproximadamente 56%. Essa distribuição demonstra que, embora a atenção primária tenha se estruturado como principal porta de entrada, parte significativa da demanda continua chegando pelos serviços de maior complexidade, muitas vezes em situações que poderiam ser resolvidas na rede básica, caso houvesse um acompanhamento binacional mais integrado. O predomínio dos bolivianos em mais de 80% dos atendimentos totais confirma que a dinâmica sanitária entre Corumbá e Puerto Quijarro é permanente e assimétrica, exigindo instrumentos de gestão cooperativa e normas específicas que definam fluxos, responsabilidades e formas de compensação financeira entre os sistemas de saúde de ambos os países. A consolidação desses mecanismos é condição essencial para assegurar tanto a efetividade do princípio da universalidade do SUS, quanto a sustentabilidade do atendimento em áreas de fronteira.

A seguir, colaciona-se os quadros 1 a 12) realizadas com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá.

Quadro 1 – Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2022

Unidades Básicas de Saúde de Corumbá	Bolívia	Paraguai	Colômbia	Nigéria	Peru	Haiti	Venezuela	Argentina	Líbano	Portugal	Cuba	Jordânia	Chile	Itália	Noruega	Síria
UBS Padre Ernesto Sassida	109		6		9		2			2						1
UBS Dr. Ênio Cunha II	105	2					3	2								
UBS Breno de Medeiros	93	6					1		4							
UBS Rosimeire dos Santos Ajala	54															
UBS Joao Fernandes	43	3														
UBS Nova Corumbá	36	3														
UBS Ranulfo de Jesus Vasconcellos	36												1			
UBS Dr. Humberto Pereira	35		3			1									1	
UBS Dr. Walter Victorio	34															
UBS Dr. Ênio Cunha	29				1					1		1				
UBS Fernando Moutinho	25															
UBS Dra. Lúcia Maria Pereira de Carvalho	23															
UBS Luís Fragelli	23		1								1					
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros II	18					1		1								
UBS Gastão de Oliveira	16					4					1	2				
UBS Angélica Anache	15		3	11												
UBS Dr. Bonifácio Tikayoshi Tiaen	12	2						1								
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros	4	2														
UBS Popular Velha	2															
Total	712	18	13	11	10	6	6	4	4	3	2	2	1	1	1	1

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025.

Quadro 2 – Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2023

Total	1937	42	49	3	26	22	22	2	7	11	21	6	9	3	8	4	5	4	2	2	1	2186
-------	------	----	----	---	----	----	----	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025.

Quadro 3 – Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2024

Unidades Básicas e Centros de Saúde de Corumbá	Bolívia	Paraguai	Colômbia	Peru	Haiti	Venezuela	Argentina	Líbano	Portugal	Cuba	Jordânia	Chile	Itália	Noruega	Marrados	China	México	Moçambique	Espanha	Países Bálticos	Guiné	Ilhas Santa Cruz	Equador	Total	
UBS Padre Ernesto Sassida	458	5	29	16		13	1	2	3			1			19				1		1	2		551	
UBS Breno de Medeiros	228	15		5		1		4	1	1														255	
UBS Dr. Énio Cunha II	237	5					1	3																246	
UBS Ranulfo de Jesus Vasconcellos	212	5	1			10			2		1		6										1	238	
UBS Dra. Lúcia Maria Pereira de Carvalho	200	2	1	1		15																		219	
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros II	162	7	7				3			6					4									189	
UBS Rosimeire dos Santos Ajala	136	3	4	23		9					1	3					5		1		1			186	
UBS Dr. Humberto Pereira	154	1	4		1	5								8										173	
UBS Nova Corumbá	114	4	4			3																		125	
UBS Jardim dos Estados	119		4																					123	
UBS Joao Fernandes	106	7		2		4											1							120	
UBS Dr. Énio Cunha	106	3	1	4		3			1	1														119	
UBS Gastão de Oliveira	80		1														2	3	1					87	
UBS Dr. Walter Victorio	86																								86
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros	66	5	1			1					1	3												77	
UBS Fernando Moutinho	71																								71
UBS São Bartolomeu	66			1																					67
UBS Popular Velha	56			1							1														58
UBS Angélica Anache	52		5																						57
UBS Dr. Bonifácio Tikayoshi Tiaen	49	2				1					2														54
UBS Luís Fragelli	29				1						1	1													30
CS Dr. Moyses dos Reis Amaral	22		1	1		2			1	1								2							30

UBS Rural Taquaral	20																						20	
UBS Rural Mato Grande	9	1																					10	
Centro de Referência em IST AIDS Dr. João de Brito		3																					3	
Total	2841	65	63	54	2	67	5	9	8	11	4	7	6	8	19	4	2	9	4	1	1	3	1	3194

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025.

Quadro 4 – Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2025

UBS Dr. Pedro Paulo de Barros II	75	4	1		1			1															82		
UBS Gastão de Oliveira	46		2																					49	
UBS Angélica Anache	41		2	6			1																	50	
UBS Dr. Bonifácio Tikayoshi Tiaen	23																								23
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros	20																								20
UBS Popular Velha	75	1			1	1		1		1	1													82	
UBS Jardim dos Estados	57		1																						58
UBS Rural Mato Grande	23	1				2																			26
UBS São Bartolomeu	52						3																		55
UBS Rural Taquaral	2																								2
CS Dr. Moyses dos Reis Amaral	36				1					1															40
Total	1616	21	24	7	19	46	3	4	5	1	4	1	2	1	3	2	1	4						1764	

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025. Obs. 01/01/2025 a 31/05/2025.

Quadro 5 – Atendimento a estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS: 2022-2025

Unidades Básicas e Centros de Saúde de Corumbá	2022	2023	2024	2025*	Total
UBS Padre Ernesto Sassida	129	382	551	319	1.381
UBS Breno de Medeiros	104	252	255	76	687
UBS Dr. Énio Cunha II	112	153	246	99	610
UBS Ranulfo de Jesus Vasconcellos	37	132	238	101	508
UBS Rosimeire dos Santos Ajala	54	113	186	79	432
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros II	20	132	189	82	423
UBS Joao Fernandes	46	107	120	129	402
UBS Dra. Lúcia Maria Pereira de Carvalho	23	35	219	118	395
UBS Dr. Humberto Pereira	40	100	173	61	374
UBS Nova Corumbá	39	69	125	115	348
UBS Dr. Énio Cunha	32	78	119	53	282
UBS Gastão de Oliveira	23	95	87	49	254
UBS Dr. Walter Victorio	34	78	86	50	248
UBS Jardim dos Estados		64	123	58	245
UBS Fernando Moutinho	25	63	71	56	215
UBS Popular Velha	2	61	58	82	203
UBS Angélica Anache	29	26	57	50	162
UBS Rural Taquaral		78	67	2	147
UBS Dr. Bonifácio Tikayoshi Tiaen	15	51	54	23	143
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros	6	31	77	20	134
UBS São Bartolomeu	30	11	20	55	116
UBS Luís Fragelli	25	30	30	21	106
CS Dr. Moyses dos Reis Amaral		9	30	40	79
UBS Rural Mato Grande	5	21	10	26	62
UBS Dr. Paulo Maisatto		15			15
Centro de Referência em IST AIDS Dr. João de Brito			3		3
Total	830	2.186	3.194	1.764	7.974

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025. * Obs. 01/01/2025 a 31/05/2025.

**Quadro 6 – Atendimento a bolivianos nas Unidades Básicas de Saúde de Corumbá-MS:
2022-2025**

Unidades Básicas e Centros de Saúde de Corumbá	2022	2023	2024	2025	Total
UBS Padre Ernesto Sassida	109	341	458	291	1199
UBS Breno de Medeiros	93	228	228	73	622
UBS Dr. Énio Cunha II	105	149	237	92	583

UBS Ranulfo de Jesus Vasconcellos	36	116	212	91	455
UBS Joao Fernandes	43	98	106	119	366
UBS Dra. Lúcia Maria Pereira de Carvalho	23	33	200	104	360
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros II	18	105	162	75	360
UBS Rosimeire dos Santos Ajala	54	81	136	67	338
UBS Nova Corumbá	36	61	114	114	325
UBS Dr. Humberto Pereira	35	89	154	42	320
UBS Dr. Énio Cunha	29	74	106	52	261
UBS Dr. Walter Victorio	34	77	86	46	243
UBS Jardim dos Estados		62	119	57	238
UBS São Bartolomeu	28	78	66	52	224
UBS Gastão de Oliveira	16	72	80	46	214
UBS Fernando Moutinho	25	63	71	54	213
UBS Popular Velha	2	47	56	75	180
UBS Angélica Anache	15	26	52	41	134
UBS Dr. Bonifácio Tikayoshi Tiaen	12	44	49	23	128
UBS Dr. Pedro Paulo de Barros	4	16	66	20	106
UBS Luís Fragelli	23	23	29	21	96
CS Dr. Moyses dos Reis Amaral		9	22	36	67
UBS Rural Mato Grande	5	19	9	23	56
UBS Rural Taquaral		11	20	2	33
UBS Dr. Paulo Maisatto		15			15
Centro de Referência em IST AIDS Dr. João de Brito			3		3
Total	745	1937	2841	1616	7139

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025. * Obs. 01/01/2025 a 31/05/2025.

Quadro 7 – Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2022

Países dos atendidos	Centro de Especialidades Medicas Dr. Fadah Scaff Gatass	Centro de Especialidades Odontológicas Azis Tajher Iunes	Centro de Reabilitação Municipal Luiz Mauricio Papa	Pronto Socorro Municipal Dr. Rogerio Takaki Bento	Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jose Abilio M. de Barros	Total
Bolívia	25	30	188	463	203	909
Uruguai	4		67	78	27	176
Portugal			31	2		33
Peru	1		11	14	5	31
Paraguai	1		7	12	10	30
Venezuela			11	10	1	22
Líbano			7	6		13

Haiti				9		9
Cuba				6	3	9
Colômbia				5	3	8
Síria				5		5
Jordânia	2				2	4
Espanha					2	2
Itália				2		2
Marrocos				2		2
Argentina				1		1
Chile				1		1
China					1	1
Estados Unidos				1		1
Arábia Saudita				1		1
Comunidade Dominicana				1		1
Total	33	30	322	619	257	1261

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025.

Quadro 8 – Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2023

Países dos atendidos	Centro de Especialidades Medicas Dr. Fadah Scaff Gatass	Centro de Especialidades Odontológicas Azis Tajher Iunes	Centro de Reabilitação Municipal Luiz Mauricio Papa	Pronto Socorro Municipal Dr. Rogerio Takaki Bento	Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jose Abilio M. de Barros	Total
Bolívia	604	60	145	1438	510	2757
Venezuela	3		11	78	8	100
Paraguai	15	3		51	17	86
Colômbia	4		25	44	6	79
Peru	6	6	9	35	7	63
Cuba	5	8		15	3	31
Chile				20	1	21
Haiti				16	1	17
China				17		17
Argentina				11	4	15
Portugal	3			6	1	10
Nigéria	6			2	1	9
Jordânia	4			1	4	9
Espanha				3	5	8
Síria				7		7

Itália	3			1	2	6
Líbano				4	1	5
México				5		5
Marrocos	1			2		3
Uruguai				3		3
Alemanha				3		3
Gibraltar				3		3
Estados Unidos				1	1	2
Moçambique	1					1
Birmânia				1		1
Bósnia e Herzegovina				1		1
Camarões				1		1
Dinamarca				1		1
Equador				1		1
Holanda				1		1
Ilhas Santa Cruz				1		1
Nova Guiné				1		1
Suíça				1		1
Total	655	77	190	1775	572	3269

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025.

Quadro 9 – Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2024

Países dos atendidos	Centro de Especialidades Medicas Dr. Fadah Scaff Gatass	Centro de Especialidades Odontológicas Azis Tajher Iunes	Centro de Reabilitação Municipal Luiz Mauricio Papa	Centro de Saúde Dr. Moyses dos Reis Amaral	Pronto Socorro Municipal Dr. Rogerio Takaki Bento	Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jose Abilio M. de Barros	Total
Bolívia	660	84	262	27	1540	526	3099
Venezuela	8	5	4		140	39	196
Colômbia	19	3	26		39	10	97
Paraguai	17				52	12	81
Peru	8	1		4	22	4	39
Cuba	3	1			14	4	22
Itália	5		11				16
Líbano	2				12	1	15
Chile	1				14		15
Argentina					8	3	11

Moçambique	5				5	1		11
Ilhas Santa Cruz	2				6			8
Equador					8			8
Espanha				1	4	1		6
Portugal	2				2	2		6
Gibraltar	6							6
Japão					6			6
México	2				3			5
Nigéria					1	3		4
Marrocos					4			4
Síria					3			3
China	2				1			3
Bangladesh					3			3
Holanda	3							3
Uruguai					1	1		2
Estado da Palestina	1				1			2
Costa Rica					1	1		2
Haiti					1			1
Jordânia					1			1
Estados Unidos					1			1
Afeganistão					1			1
Austrália					1			1
Birmânia					1			1
Suíça					1			1
Tunísia					1			1
Total	746	94	303	32	1898	608	3681	

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025.

Quadro 10 – Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá-MS, segundo a nacionalidade em 2025*

Países dos atendidos	Centro de Especialidades Medicas Dr. Fadah Scaff Gatass	Centro de Especialidades Odontológicas Azis Tajher Iunes	Centro de Reabilitação Municipal Luiz Mauricio Papa	Centro de Saúde da Mulher Dr. Moyses Nicolau Fragelli	Centro de Saúde Dr. Rogerio dos Reis Amaral	Pronto Socorro Municipal Dr. Rogerio Takaki Bento	Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jose Abilio M. de Barros	Total
Bolívia	302	30	48	30	12	862	298	1582
Venezuela	1	6				74	6	87

Colômbia	7			1		28	10	46
Paraguai	13					23	9	45
Peru	6				7	23	3	39
Cuba	1	1		1		11	1	15
China						15		15
Argentina						12	1	13
Equador						10		10
Líbano						6		6
Itália						5		5
Haiti						3		3
Chile						3		3
Espanha						2		2
Ilhas Santa Cruz	1					1		2
México						2		2
Nigéria							1	1
Marrocos						1		1
Moçambique						1		1
Birmânia						1		1
Belarus						1		1
Bulgária						1		1
Suécia						1		1
Total	331	37	48	32	19	1086	329	1882

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025. * Obs. 01/01/2025 a 31/05/2025.

Quadro 11 – Atendimento a estrangeiros nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá- MS: 2022-2025*

Unidades Básicas e Centros de Saúde de Corumbá	2022	2023	2024	2025	Total
Pronto Socorro Municipal Dr. Rogerio Takaki Bento	619	1.775	1.898	1.086	5.378
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jose Abilio M. de Barros	257	572	608	329	1.766
Centro de Especialidades Medicas Dr. Fadah Scaff Gatass	33	655	746	331	1.765
Centro de Reabilitação Municipal Luiz Mauricio Papa	322	190	303	48	863
Centro de Especialidades Odontológicas Azis Tajher Iunes	30	77	94	37	238
Centro de Saúde Dr. Moyses dos Reis Amaral			32	19	51

Centro de Saúde da Mulher Dr. Nicolau Fragelli				32	32
Total	1.261	3.269	3.681	1.882	10.093

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025. * Obs. 01/01/2025 a 31/05/2025.

Quadro 12 – Atendimento a bolivianos nas unidades de especialidades e urgência em saúde de Corumbá- MS: 2022-2025*

Unidades Básicas e Centros de Saúde de Corumbá	2022	2023	2024	2025	Total
Pronto Socorro Municipal Dr. Rogerio Takaki Bento	463	1.438	1.540	862	4.303
Centro de Especialidades Medicas Dr. Fadah Scaff Gatass	25	604	660	302	1.591
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jose Abilio M. de Barros	203	510	526	298	1.537
Centro de Reabilitação Municipal Luiz Mauricio Papa	188	145	262	48	643
Centro de Especialidades Odontológicas Azis Tajher Iunes	30	60	84	30	204
Centro de Saúde Dr. Moyses dos Reis Amaral			27	12	39
Centro de Saúde da Mulher Dr. Nicolau Fragelli				30	30
Total	909	2.757	3.099	1.582	8.347

Fonte: Prefeitura Municipal de Corumbá, MS, 2025. * Obs. 01/01/2025 a 31/05/2025.

4.3 Existência de diálogos e formas de cooperação entre os gestores de saúde das cidades-gêmeas de Corumbá e Puerto Quijarro

4.3.1 Iniciativas binacionais de cooperação em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro

Após a realização de pesquisa em fontes oficiais, jornalísticas e entrevistas com os gestores da saúde, foi possível evidenciar que há cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro/Puerto Suárez (Bolívia), porém com foco predominante em ações de vigilância e campanhas pontuais — sobretudo vacinação, controle de zoonoses e resposta a surtos epidemiológicos.

Constatou-se a existência de cooperação sanitária na fronteira, ao menos, desde fevereiro de 2009, oportunidade em que as prefeituras de Corumbá e Ladário (Brasil) e Puerto

Suárez e Puerto Quijarro (Bolívia) definiram ações conjuntas contra a epidemia de dengue, incluindo limpeza urbana, fumigação e intensificação da vigilância epidemiológica nos municípios fronteiriços, em uma campanha binacional de combate à dengue. O registro destaca, inclusive, a necessidade de cronogramas de trabalho integrados e a dependência de recursos e equipamentos do lado brasileiro para operações de campo (Agência de notícias Fides, 2009).

Ainda em uma perspectiva histórica, destaca-se o acordo firmado em julho de 2010 entre autoridades de saúde de Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro/Puerto Suárez (Bolívia), que definiu a realização de ações conjuntas de combate a endemias na faixa de fronteira. A iniciativa, realizada no âmbito do projeto Fronteira Brasbol, previa campanhas integradas de prevenção e controle de doenças como dengue, febre amarela, leishmaniose, tuberculose e raiva, além da intensificação da troca de informações epidemiológicas entre os municípios. (Diário Online, 2010).

Recentemente, os dois países e municípios fronteiriços alinharam, em 9 e 10 de junho de 2025, uma campanha binacional de vacinação antirrábica para o mês de agosto, em reunião realizada em Puerto Suárez, com participação de autoridades municipais e dos Ministérios da Saúde do Brasil e da Bolívia. O objetivo foi prevenir reincidentes como o surto de 2015 (57 casos de raiva canina e um óbito humano), propondo vacinação em massa de cães e gatos, vigilância ativa e mobilização social em ambos os lados da fronteira (Corumbá, 2025).

A operação foi efetivada nos dias 2 e 3 de agosto de 2025, onde equipes de Corumbá e Ladário atuaram em território boliviano, com apoio da OPAS, dos ministérios nacionais e da Secretaria de Estado de Saúde (MS). O balanço oficial registrou 1.753 animais imunizados (cães e gatos) em Puerto Quijarro (por Corumbá) e Puerto Suárez (por Ladário), ilustrando a capacidade operacional conjunta quando há coordenação prévia e desenho binacional das metas (Corumbá, 2025).

Outro episódio emblemático de cooperação ocorreu em julho de 2025, quando Corumbá realizou o apoio logístico do envio de 600 mil doses de vacinas fornecidas pelo Ministério da Saúde contra o sarampo para a Bolívia, diante da confirmação de casos da doença em território boliviano. A logística incluiu armazenamento temporário das vacinas em solo brasileiro, com posterior repasse às autoridades de saúde bolivianas para distribuição. A medida foi considerada estratégica, pois o risco de reintrodução do sarampo na região fronteiriça ameaçava tanto brasileiros quanto bolivianos, revelando a interdependência sanitária existente e a importância de iniciativas binacionais no controle de doenças na região de fronteira (Mídiamax, 2025).

Portanto, percebe-se que, embora haja um histórico de cooperação entre Brasil e Bolívia na nossa região de fronteira de Corumbá-Puerto Quijarro, essas iniciativas apresentam caráter

pontual e reativo, centrando-se em respostas emergenciais a surtos específicos ou em campanhas de vigilância sanitária. Tal cenário evidencia a ausência de uma política estruturada e contínua de cooperação, que vá além do enfrentamento de situações episódicas.

Para que o território fronteiriço disponha de uma rede de saúde transnacional efetiva, faz-se necessária a institucionalização de mecanismos permanentes, sustentados em protocolos claros de comunicação, padrões seguros para transferência de pacientes, compartilhamento sistemático de dados epidemiológicos e a realização de reuniões periódicas e estáveis entre gestores. Somente a partir dessa estruturação será possível avançar de ações pontuais para uma cooperação abrangente, regular e coordenada, capaz de responder não apenas a emergências, mas também de construir soluções sustentáveis para os desafios cotidianos da saúde na região de fronteira entre Corumbá e Puerto Quijarro.

Nesse sentido, torna-se fundamental analisar como tais limitações e potencialidades são percebidas pelos gestores e profissionais de saúde que atuam diretamente no território, uma vez que suas experiências práticas revelam tanto os avanços quanto os entraves da cooperação transfronteiriça. É a partir dessas percepções que se pode compreender a realidade cotidiana da gestão em saúde na fronteira e identificar caminhos concretos para a consolidação de um modelo de cooperação mais estável e efetivo.

4.3.2 Percepções dos gestores e profissionais de saúde em relação às possibilidades e limitações da cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro

As entrevistas realizadas em ambos os lados da fronteira revelam uma série de percepções convergentes quanto às potencialidades e limitações da cooperação sanitária.

Um primeiro ponto destacado que pode limitar iniciativas cooperativas é a assimetria estrutural e técnica. Do lado brasileiro, os gestores e profissionais ressaltaram que Corumbá dispõe de maior capacidade resolutiva, com unidades de saúde de maior porte e acesso a serviços especializados. Um dos entrevistados sintetizou essa diferença ao afirmar que “*as condições ali do país vizinho são bem precárias*” (Entrevistado brasileiro nº 4) o que foi acompanhado por outras entrevistadas: “*até os que moram lá, vêm pedir ajuda aqui em relação à falta de estrutura da Bolívia (...) o principal desafio seria a falta de estrutura lá*” (Entrevistada brasileira nº 2); “*a gente não tem o mesmo acolhimento lá. Porque se você vai pra lá, se você passar mal lá na frente, você não tiver dinheiro, você vai morrer lá na frente*” (Entrevistada brasileira nº 6). Outro ainda foi mais enfático ao dizer que “*eu não vejo como nós termos uma parceria muito forte no sentido de troca entre os dois países, porque eles são carentes, ou se fazem carentes*” (Entrevistado brasileiro nº 1).

Do lado boliviano, a percepção é semelhante: reconhece-se que Puerto Quijarro e Puerto Suárez carecem de UTI e precisam transferir a maior parte dos casos complexos. Como destacou um médico boliviano, “*aqui em Puerto Quijarro tem pouca capacidade resolutiva para pacientes de casos graves... a maioria tem que ser transferida para hospitais de segundo e terceiro nível*” (Entrevistado boliviano nº 1). Além disso, outra entrevistada boliviana (nº 4) informou que a rede pública enfrenta falta de materiais, medicamentos e profissionais, com episódios frequentes de paralisações e protestos por atraso salarial e carência de insumos. O quadro atinge inclusive o setor privado local, descrito como incipiente (consultórios e exames básicos, sem hospital/clínica de maior porte), o que agrava a dependência da referência externa. Há, também, um fator de atração simbólico-técnico segundo a entrevistada: “*na Bolívia (...) sempre se acredita que o Brasil (...) o nível de medicina é muito mais avançado, que o conhecimento é maior, que os médicos estão mais atualizados (...). Veem o Chile e o Brasil (...) como muito capacitados*” (Entrevistada boliviana nº 5).

Essa desigualdade de infraestrutura acaba gerando um fluxo assistencial assimétrico entre pacientes, fato que pode dificultar iniciativas cooperativas mais abrangentes. Profissionais brasileiros apontam que atendem uma quantidade muito maior de bolivianos em comparação a brasileiros na Bolívia: “*paciente que mora na área fronteiriça prefere por vários aspectos ser atendido através do SUS brasileiro*” (Entrevistado brasileiro nº 7). Os bolivianos confirmam essa percepção: segundo um gestor de Puerto Quijarro, “*tenemos pocos pacientes brasileños... pero sí atendemos, inclusive en situación de calle, como indigentes*” (Entrevistado boliviano nº 2). Em contrapartida, sabem que no Brasil “*existe bastante fluxo e procura por atendimento de bolivianos (...), os municípios (...) são muito carentes na área da saúde*”, o que leva pacientes a “*procurar atendimento, principalmente de urgência, no lado brasileiro*” e, em alguns casos, “*alugam casa e (...) procuram atendimento continuado no lado do Brasil*” (Entrevistada boliviana nº 4).

Outro tema recorrente é a ausência de protocolos estáveis de comunicação. No Brasil, profissionais destacam que muitas vezes a transferência de pacientes ocorre de forma improvisada, sem documentação ou aviso prévio, sendo necessário acionar contatos pessoais. Como apontou uma profissional: “*não vejo organização nenhuma... é preciso um protocolo específico do atendimento ao estrangeiro*” (Entrevistada brasileira nº 6). Do lado boliviano, o diagnóstico é similar: “*no tenemos un contacto directo... siempre tratamos de ver por intermediario... muchas veces llegamos y dicen que no aceptan el paciente*” (Entrevistado boliviano nº 2). Essa falta de coordenação formal gera insegurança, sobrecarga e estresse para

ambas as redes e profissionais, o que pode ser bem evidenciado na fala de um dos entrevistados do lado brasileiro:

...eu acho que é bom ter esse tipo de estudo esse tipo de conversa, porque isso pode trazer pra formalidade entre a parte política dos dois lados, porque é um problema, um problema que nós temos, porque é um problema para os dois lados, um problema na questão financeira para nós, a questão também sanitária também, que tem muita doença que vem de lá pra cá, mas é uma questão, é um problema para eles também na questão de atendimento à população, porque já teve casos de pacientes que chegaram aqui na porta? E o médico fala, não, não vou atender, não posso atender esse paciente aqui, vocês têm que pegar a ambulância e voltar, então esse atendimento não é aqui (...) a partir do momento que a gente tem diretrizes, tem processos para fazer esse atendimento e que a gente demonstra para todos que fazem parte desse processo, que não existe nenhuma diferença entre um e outro e a gente também tem essa questão bem descrita e bem formalizada, isso daí deixa de existir. (Entrevistado brasileiro nº 3)

Apesar disso, chama atenção o tom de reconhecimento e gratidão manifestado pelos gestores bolivianos em relação ao Brasil. Um dos gestores disse que os bolivianos se sentem “*siempre agradecidos con Corumbá, porque nos han salvado vidas, hemos salido vidas gracias a su apoyo*” (Entrevistado boliviano nº 2). No mesmo sentido, outro profissional relatou que Corumbá tem “*dado o braço aberto e ajudado bastante*” (Entrevistado boliviano nº 1), especialmente em casos graves encaminhados inclusive para Campo Grande.

No campo das perspectivas futuras, a aposta boliviana é a construção de um hospital de segundo nível em Puerto Quijarro. O projeto, segundo os entrevistados, já foi aprovado e deve ser concluído em dois a cinco anos: “*será uno de los mejores de Bolivia, una inversión muy grande*” (Entrevistado boliviano nº 2). Tal iniciativa já consta como parte das obras previstas para o município: o governo nacional incluiu no planejamento local o “*proyecto del Hospital de Segundo Nivel de Puerto Quijarro*” como uma das intervenções em infraestrutura de saúde que serão executadas com recursos estatais.⁵

Por fim, tanto brasileiros quanto bolivianos reconhecem que há interesse político e técnico em avançar para uma cooperação mais estável. Os profissionais de saúde defendem a realização de reuniões periódicas, o estabelecimento de protocolos claros e a criação de canais

⁵ Ver ABI. *Gobierno entrega enlosetado y viviendas sociales para el municipio de Puerto Quijarro en su aniversario*. 2023. Disponível em: <https://www.abi.bo/index.php/gobierno2/51655-gobierno-entrega-enlosetado-y-viviendas-sociales-para-el-municipio-de-puerto-quierro-en-su-aniversario>. Acesso em: 26 set. 2025. Ver também: GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE PUERTO QUIJARRO. *Publicação no Facebook sobre o hospital de segundo nível.* 2024. Disponível em: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=952560400333376&id=100067382732741&set=a.17724860119789>

⁷. Acesso em: 26 set. 2025; GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE PUERTO QUIJARRO. *Entrevista ao prefeito Leonardo Luis Chamby Montoya sobre a firma de convênio.* 2024. Disponível em: <https://www.facebook.com/gampq/videos/entrevista-al-h-alcalde-leonardo-luis-chamby-montoya-sobre-la-firma-de-convenio-1098383174885898/>. Acesso em: 26 set. 2025.

permanentes de diálogo. Como resumiu um médico boliviano: “*sería bueno que los ministerios de salud de ambos lados trabajen en conjunto, no solo en epidemias, sino también en transferencias y urgencias*” (Entrevistado boliviano nº 1). Essa percepção encontra eco no lado brasileiro, onde um dos entrevistados informou que acredita na possibilidade de parceria: “*uma conversa, entende, entre as autoridades locais e autoridades bolivianas, todos com boa vontade, e a gente consegue chegar ao denominador comum*” (Entrevistado brasileiro nº 1). Outro ainda defendeu “*um plano local de cooperação em saúde, sempre que se respeitem as competências municipais e a realidade de cada lado*” (Entrevistado brasileiro nº 07). No entanto, uma das entrevistadas do lado boliviano entende que em sua visão, “*o Brasil não pode assumir*”, e “*um país pode ajudar, mas o outro também tem que por sua parte*”. Por isso, recomenda melhorar a parte pública boliviana — “*o SUS (...) aqui tem cobertura limitada (...) não é universal quanto o Brasil*”.

Em síntese, as entrevistas evidenciam que a cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro está marcada por assimetria estrutural, fluxo assistencial desequilibrado e comunicação frágil, fatores que limitam sua efetividade. Ao mesmo tempo, sobressai o reconhecimento mútuo em relação ao papel de cada gestão no território de acordo com a realidade prática vivenciada na fronteira: gestores brasileiros reiteram a necessidade de regras claras e protocolos formais, enquanto os bolivianos expressam gratidão pelo apoio recebido e projetam avanços com a construção de um hospital de segundo nível. Ambos os lados convergem na percepção de que é possível consolidar uma cooperação mais estável, desde que sejam criados mecanismos permanentes de diálogo, reuniões periódicas e instrumentos concretos de regulação.

Essa constatação – baseada no olhar de quem atua diretamente nos serviços de saúde da fronteira – reforça a necessidade de superar a lógica de iniciativas pontuais e avançar para um modelo de cooperação mais amplo e institucionalizado. É justamente nesse horizonte que se insere a proposta apresentada mais, dedicada a pensar caminhos práticos e sustentáveis para a gestão compartilhada da saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro.

No entanto, antes de passar por esse tópico, cumpre elucidar as percepções das autoridades consulares na região, que podem trazer contribuições importantes para o tema, sob o enfoque mais abrangente das autoridades centrais de Brasília e La Paz.

4.3.3 Percepções das autoridades consulares em relação às possibilidades e limitações da cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro

Os depoimentos dos representantes consulares da Bolívia (lotado em Corumbá) e do Brasil (lotado em Puerto Quijarro) convergem ao reconhecer que a saúde na fronteira permanece marcada por assimetria estrutural, lacunas procedimentais e coordenação interinstitucional insuficiente. Ambos descrevem uma realidade em que direitos formalmente assegurados — inclusive como direitos humanos reconhecidos nas legislações nacionais — nem sempre se materializam em práticas administrativas coerentes no ponto de cuidado. No cotidiano, isso se traduz em negativas de atendimento, falta de informação clara ao usuário transfronteiriço e dependência de mediações pessoais ou informais para resolver casos urgentes.

O representante consular boliviano relatou com clareza a recorrência de episódios de recusa e constrangimento no atendimento de cidadãos bolivianos em unidades de saúde brasileiras, destacando que “*muchos de nuestros connacionales han denunciado que las enfermeras o los administradores de los centros hospitalarios les niegan el ingreso, indicando que vuelvan a su país, que primero son los brasileros, luego recién los bolivianos*” (Representante consular boliviano). Para o entrevistado, tal postura constitui ato discriminatório, pois “*si van a un centro de salud es porque están enfermos y necesitan ayuda... decir ‘vuelve a tu país’ es una manera de discriminación*”.

O mesmo entrevistado descreveu um caso emblemático que evidencia a ausência de protocolos claros de urgência. Um cidadão boliviano, residente há cinco anos em Corumbá, “*llegó un domingo a la Santa Casa con el abdomen hinchado, no lo querían recibir... tuve que llamar de un lado a otro hasta que lo internaran; ingresó directamente a terapia intensiva y el médico dijo que si no entraba, se hubiera muerto allá afuera*” (Representante consular boliviano). A narrativa ilustra a dependência de intervenções consulares individuais para garantir o atendimento básico, o que reforça a necessidade de fluxos pactuados e de comunicação institucional entre os dois sistemas de saúde.

Apesar dessas dificuldades, a autoridade boliviana enfatizou que já existem instrumentos bilaterais aptos a sustentar a cooperação: “*existen convenios binacionales de salud que están vigentes, sólo faltaría dar cumplimiento... la salud es un derecho humano y no se debe privar a ningún migrante*”. Para superar o desconhecimento desses instrumentos, propôs a realização de oficinas e capacitações, a fim de que “*desde el médico hasta el administrador de un centro de salud conozcan esos convenios*”.

Em sentido convergente, o representante brasileiro apresentou uma análise institucional sobre o ritmo das negociações entre os dois países. Segundo ele, “*nas relações diplomáticas, precisa haver um longo trabalho de discussão e análise para que nada possa sair do figurino*”, reconhecendo que “*esse tema da saúde tem sido arrastado desde há muito tempo*”

(Representante consular brasileiro). O entrevistado explicou que, diante da morosidade dos trâmites oficiais e da ausência de instrumentos normativos específicos, as autoridades locais pactuaram um acordo informal: “*O protocolo foi verbal: tudo que for emergencial e urgente, a Santa Casa atende; o que for de longo curso volta para a Bolívia*”. Embora o arranjo tenha reduzido parcialmente os conflitos, o próprio cônsul reconheceu que “*está tudo na informalidade, não há uma regra definida sobre este assunto*”, o que torna o sistema frágil e dependente da boa vontade dos gestores.

Ambos os representantes também apontaram a persistente dependência estrutural de cidadãos bolivianos em relação à rede pública brasileira. O diplomata brasileiro destacou que “*essa dependência de saúde do Brasil é uma coisa natural, sobretudo nessa faixa de terra... ao longo dos anos a Santa Casa foi recebendo e o número de pessoas só cresceu*”. Já o representante boliviano reconheceu que, mesmo com avanços recentes, o sistema boliviano “*todavía está colapsado por la pandemia, se perdieron muchos médicos... pero se está recuperando y avanzando*”. Essa assimetria resulta, na prática, em sobrecarga do SUS em Corumbá, sem mecanismos claros de referência e contrarreferência, de registro sistematizado de atendimentos e transferências de pacientes ou de repartição clara de responsabilidades, o que compromete a gestão, a vigilância e a transparência do processo.

Apesar das limitações, ambos convergem quanto à necessidade de institucionalizar um comitê binacional de saúde para a microrregião Corumbá–Puerto Quijarro/Puerto Suárez. O representante brasileiro ressaltou que “*um subcomitê pode ser útil, estou de pleno acordo... mas tem que ter um acordo nacional, não fronteiriço*”, pois “*essas decisões são de competência das chancelarias e ministérios de saúde dos dois países*”. Já o representante boliviano defendeu a urgência da criação de um comitê específico: “*sería muy interesante que se conforme ese comité, transversal y binacional, con tareas, evaluación anual y políticas públicas en favor de la sociedad*”.

Ambos também abordaram a importância da participação das universidades locais, destacando a necessidade de integrar a Unitepec (Bolívia) e a Unicesumar (Brasil) em ações de pesquisa e formação conjunta. Nas palavras da representante boliviana, “*sería muy interesante que se aparte en la universidad también, como ya vimos en el seminario de fronteras con expertos de Brasil, Bolivia y Paraguay*”; de modo semelhante, o cônsul brasileiro afirmou que “*a participação das universidades é fundamental, essa troca de experiências é necessária*”.

Quanto ao papel institucional dos consulados, as falas coincidem ao indicar que sua função é predominantemente informativa e consultiva. O diplomata brasileiro explicou que “*nenhuma embaixada ou consulado age sem instrução, somos servidores de Estado, mas*

podemos participar e coordinar setores, como já acontece em Pedro Juan Caballero”. Do lado boliviano, reforça-se que “*no hay comunicación formal actualmente... viene el connacional solo por su cuenta; por eso veo muy importante tu propuesta*”. Em ambos os casos, fica claro que os consulados não decidem políticas de saúde, mas podem atuar como ponte entre autoridades locais e nacionais, facilitando o diálogo e agilizando o acionamento das vias diplomáticas quando necessário.

Em síntese, as entrevistas demonstram que, embora existam marcos legais e vontade política, a efetivação prática da cooperação em saúde permanece obstaculizada pela ausência de protocolos, fluxos e canais permanentes de comunicação. Como sintetizou o representante boliviano, “*actualmente no hay mecanismo... no hay comunicación formal*”, e, como reforçou o representante brasileiro, “*as autoridades locais acabam criando soluções informais para não deixar de atender, mas isso não é sustentável*”.

A partir desses relatos, evidencia-se que a institucionalização de um comitê binacional de saúde, dotado de acordo nacional habilitante e governança local compartilhada, representa o caminho mais seguro para transformar iniciativas isoladas em política pública estável e duradoura. Tal arranjo não substitui a solidariedade cotidiana que hoje salva vidas na fronteira, mas a organiza, a fortalece e a torna verificável, permitindo que a cooperação sanitária entre Corumbá e Puerto Quijarro deixe de depender da contingência e passe a operar sob o eixo da legalidade, previsibilidade e corresponsabilidade internacional.

5 PROPOSTA DE COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA PARA A GESTÃO DA SAÚDE ENTRE AS CIDADES-GÊMEAS DE CORUMBÁ E PUERTO QUIJARRO

A elaboração de uma proposta de cooperação transfronteiriça em saúde para as cidades-gêmeas de Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia) demanda uma base conceitual que ultrapasse a visão tradicional de fronteira como mero limite territorial. A perspectiva do “Direito da Integração Fronteiriça” contribui para essa ressignificação, ao compreender a fronteira como espaço de encontros, interações e construção de cidadania compartilhada. Conforme expõe Vieira (2023), a consolidação de um ramo do Direito Internacional voltado especificamente à integração fronteiriça reflete a transformação das margens nacionais em locais de cooperação institucionalizada, capazes de articular políticas públicas conjuntas entre diferentes Estados e comunidades.

Nesse sentido, a saúde pública emerge como campo privilegiado de cooperação, uma vez que os fluxos populacionais cotidianos entre Corumbá e Puerto Quijarro criam demandas comuns e interdependentes. A partir da noção de direito à integração fronteiriça, torna-se possível fundamentar juridicamente iniciativas que busquem superar a fragmentação de sistemas nacionais e atender às necessidades concretas da população transfronteiriça. A saúde, por sua natureza universal e coletiva, alinha-se diretamente a essa visão, legitimando propostas que reforcem a proteção social em espaços onde a separação formal dos Estados se choca com a integração vivida no cotidiano.

Assim, ao situar o presente estudo no marco do “Direito da Integração Fronteiriça”, pretende-se evidenciar que a proposta de gestão conjunta em saúde não é apenas um arranjo administrativo pontual, mas sim uma expressão do avanço normativo e político rumo à efetivação do direito à integração. Esse enquadramento teórico permite articular a experiência local das cidades-gêmeas com a agenda mais ampla do Mercosul e da Unasul e com o próprio processo de mundialização que ressignifica o papel das fronteiras contemporâneas.

Além dessa base teórica, a atuação internacional dos municípios exige uma reorganização das políticas públicas locais, que devem ser concebidas dentro de uma lógica de cooperação internacional. Para isso, é fundamental alinhar as ações municipais à política externa do Estado, fortalecer a capacitação dos gestores locais e, ao mesmo tempo, ampliar a participação da sociedade civil no processo decisório (Alvarez, 2020). A ausência desse diálogo fragiliza a legitimidade das políticas e acentua o risco de distanciamento entre as demandas fronteiriças e os centros políticos nacionais, realidade particularmente sensível em cidades

afastadas como Corumbá e Puerto Quijarro. A paradiplomacia, nesse contexto, segundo Vieira (2019) não substitui a diplomacia estatal, mas busca criar complementaridade e sinergia entre ambas as esferas, aproximando as políticas públicas das necessidades concretas da população transfronteiriça.

Portanto, a paradiplomacia deve ser compreendida não como substituta, mas como complemento da diplomacia estatal. Ainda que a formulação de tratados e a coordenação de políticas externas permaneçam como atribuição central dos Estados, a atuação internacional de governos locais se mostra indispensável para dar respostas a demandas específicas das populações de fronteira. Esse caráter complementar reforça a ideia de que a gestão conjunta da saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro não representa ameaça à soberania nacional, mas antes um mecanismo que amplia a eficácia da política externa ao aproximá-la das necessidades concretas vividas em territórios fronteiriços.

Nas Américas, essa relevância é particularmente acentuada. Devido às extensões territoriais e à distância em relação às capitais, as cidades-gêmeas desenvolvem vínculos cotidianos mais estreitos com seus vizinhos estrangeiros do que com seus próprios centros políticos nacionais (Alvarez, 2020). Corumbá e Puerto Quijarro ilustram bem essa realidade, pois compartilham fluxos populacionais, econômicos e sociais que demandam soluções conjuntas e permanentes. Dessa forma, a paradiplomacia municipal se apresenta como instrumento legítimo de gestão pública, permitindo que problemas de saúde comuns sejam tratados de maneira coordenada e integrada.

Para que tal cooperação se consolide, entretanto, é indispensável avançar na institucionalização e no planejamento das iniciativas locais. Segundo Alvarez (2020) a experiência internacional demonstra que a simples imitação de modelos ou a adoção de ações improvisadas — fenômeno já identificado como “*me-tooism*” — tende a produzir resultados ineficazes e custos desnecessários. Evitar esse risco requer a definição de metas claras, a alocação adequada de recursos e a criação de instâncias formais de coordenação, garantindo que a paradiplomacia em saúde não seja episódica, mas sim uma política estruturada e sustentável.

Outro ponto fundamental é o reconhecimento da paradiplomacia como ação política, exercida por autoridades democraticamente eleitas e representativas de suas comunidades. Nesse sentido, sua legitimidade não deriva apenas da proximidade geográfica, mas também do vínculo com os cidadãos que vivenciam a integração fronteiriça no cotidiano.

Como argumenta Alvarez (2020), a consolidação de uma comunidade epistêmica dedicada ao tema é essencial para acumular conhecimento, gerar metodologias comparativas e

orientar gestores locais na formulação de políticas transfronteiriças. Segundo o autor, o que vem sendo bastante difundido atualmente é a descrição de diversas práticas paradiplomáticas nas diferentes fronteiras, carecendo ainda a matéria de um modelo teórico e analítico da paradiplomacia.

Assim, a criação de um modelo geral para cooperação em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro pode contribuir não apenas para a melhoria das condições sanitárias da região, mas também para o avanço teórico e prático da paradiplomacia no contexto latino-americano.

Em resumo, os pressupostos que dão ensejo a criação da presente proposta de cooperação são: a universalidade dos direitos humanos e do sistema de saúde brasileiro e boliviano; o direito à integração transfronteiriça e a paradiplomacia como instrumento de aproximação e articulação das instâncias decisórias locais.

Como visto no presente estudo, no Brasil e no mundo temos diversas experiências e modelos de cooperação em saúde, que podem ser simples ações cooperativas pontuais ou regulares – as quais inclusive já vem ocorrendo na nossa região, conforme demonstrado – como também comitês, grupos de trabalho ou associações de cidades, com características menos ou mais informais.

A presente proposta busca trazer a formalidade necessária para garantir estabilidade e coordenação na cooperação entre as duas cidades gêmeas fronteiriças, garantindo ainda a centralidade do conteúdo decisório às comunidades locais, ainda que os entes nacionais possam exercer o controle necessário em relação às ações desenvolvidas e acordadas entre os entes subnacionais fronteiriços.

A consolidação de um espaço institucional específico para a gestão da saúde em Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia) exige avançar além das iniciativas episódicas e da informalidade que têm marcado as experiências recentes de cooperação. Conforme demonstra Silva (2024), os Comitês de Integração Fronteiriça enfrentam entraves significativos, sobretudo pela ausência de regularidade em suas reuniões e pela dificuldade de transformar deliberações em ações concretas. A superação dessas limitações demanda, em primeiro lugar, a retomada de um canal permanente de diálogo entre as gestões municipais, capaz de alinhar a prática da paradiplomacia local com as diretrizes nacionais.

O percurso para a institucionalização deve respeitar um caminho gradual, que combine legitimidade política e respaldo jurídico. Em um primeiro momento, é preciso buscar a construção de agendas informais entre as administrações municipais, que servirá como espaço de sondagem, destinado a verificar o interesse político e a convergência de prioridades entre os gestores. A etapa seguinte – que somente será implementada caso se verifique interesse político

na formalização da cooperação – consiste em convocar uma nova reunião do Comitê de Integração Fronteiriça, com a participação de representantes do Ministério das Relações Exteriores do Brasil e dos consulados de ambos os países, a fim de conferir maior amplitude e formalidade ao processo decisório.

A experiência comparada demonstra a viabilidade dessa estratégia. O caso de Santana do Livramento (Brasil) e Rivera (Uruguai), analisado por Silva (2009), ilustra como deliberações locais, respaldadas por instâncias nacionais (e internacionais), podem conferir institucionalidade e continuidade à cooperação transfronteiriça em saúde.

O Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana-Rivera foi inicialmente fruto da 1^a Conferência de Integração em Saúde de 2005, tendo participado do evento cerca de 280 pessoas, incluindo representantes da OPAS, dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai, autoridades consulares, autoridades municipais, conselhos de saúde e membros da comunidade. No âmbito subnacional, foi formalizado pela Portaria Municipal nº 4.201/2005, em Santana do Livramento, e pela Resolução nº 3.945/2006, em Rivera. Esses instrumentos jurídicos, ao preverem composição paritária e regimento interno, garantiram regularidade às reuniões e legitimidade às decisões.

Portanto, sugere-se que quando da nova realização do Comitê de Integração Fronteiriça Corumbá-Suarez, oportunidade em que, caso haja interesse político, seja criado um subcomitê de saúde, a ser denominado Comitê Binacional de Saúde Corumbá–Puerto Quijarro. Posteriormente, por meio de atos administrativos de ambos os municípios, tais como portarias municipais ou resoluções das prefeituras, será necessário regulamentar a estrutura do comitê internamente, as formas de deliberação e atribuições, designando formalmente servidores, gestores de saúde e integrantes da sociedade, definindo atribuições, periodicidade das reuniões e formas de decisão. Essa medida é fundamental não apenas para assegurar a continuidade das ações, mas também para ampliar a força política das deliberações, vinculando-as ao próprio Comitê de Integração Fronteiriça e ao acompanhamento das autoridades nacionais presentes.

É importante destacar que a experiência Brasil–Uruguai avançou recentemente com a criação de uma Comissão Binacional em Saúde nas Fronteiras, de caráter mais amplo do que o Comitê de Rivera–Santana do Livramento, abrangendo toda a linha de fronteira entre os dois países. Esse movimento demonstra que há espaço institucional e político para o fortalecimento

da governança sanitária transfronteiriça, e que a criação de instâncias específicas de saúde encontra respaldo em processos já legitimados em nível nacional.⁶

Além disso, o caráter expansivo da proposta deve ser ressaltado. A médio prazo, o Comitê Binacional de Saúde Corumbá–Puerto Quijarro poderá contar com a adesão de outros municípios vizinhos, como Ladário, no lado brasileiro, e Puerto Suárez, no lado boliviano. Essa ampliação permitirá não apenas maior abrangência territorial, mas também ganhos em escala na formulação de políticas conjuntas, criando um polo regional de integração em saúde. Como observa Silva (2024), o avanço dos Comitês de Integração Fronteiriça (e consequentemente de seus subcomitês) depende de sua capacidade de institucionalização e de evitar que iniciativas permaneçam dependentes apenas da vontade política momentânea das autoridades locais.

A criação do Comitê Binacional de Saúde Corumbá–Puerto Quijarro demanda, como etapa inicial, a definição de áreas prioritárias de atuação capazes de orientar sua agenda e assegurar que suas deliberações resultem em impactos concretos para a população. A concentração em eixos específicos permite evitar a dispersão de esforços e reforça a legitimidade política da instância, uma vez que a sociedade civil e os profissionais de saúde passam a identificar de maneira objetiva o alcance das ações propostas.

O primeiro campo de atuação deve ser a regulação de urgência, emergência e transferências, por se tratar da demanda mais imediata nas regiões de fronteira. A formalização de protocolos conjuntos poderá garantir que os pacientes em risco de morte ou que necessitem de intervenção imediata recebam atendimento no município mais próximo e mais bem preparado, evitando negativas de assistência e reduzindo barreiras burocráticas que, muitas vezes, agravam o quadro clínico. Ao mesmo tempo, é necessário estabelecer fluxos de referência para os casos de maior complexidade, ou que não necessitem de intervenção imediata, que poderão ser encaminhados para centros regionais de saúde em Santa Cruz de la Sierra ou em Campo Grande, assegurando equilíbrio entre a capacidade instalada e as necessidades locais.

⁶ Em 27 de agosto de 2025, o Ministério da Saúde do Brasil anunciou a **reativação da Comissão Binacional de Saúde na Fronteira Brasil–Uruguai**, durante encontro realizado em Rivera (Uruguai), com a presença dos ministros da Saúde de ambos os países e apoio da OPAS. Essa instância representa uma ampliação do modelo anteriormente consolidado pelo Comitê Binacional de Integração em Saúde de Santana do Livramento–Rivera, expandindo a cooperação sanitária para toda a faixa de fronteira entre Brasil e Uruguai. Entre os objetivos definidos estão o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a execução de campanhas conjuntas de vacinação e a criação de mecanismos coordenados de resposta a emergências de saúde pública. **Referência:** BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil fortalece cooperação em saúde com o Uruguai e reforça vacinação nas fronteiras com países do Mercosul*. Brasília: MS, 27 ago. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/brasil-fortalece-cooperacao-em-saude-com-o-uruguai-e-reforca-vacinacao-nas-fronteiras-com-paises-do-mercosul>. Acesso em: 30 set. 2025. Grifo nosso.

Outro eixo fundamental corresponde às campanhas conjuntas de vacinação e imunização. A intensa circulação de pessoas entre Corumbá e Puerto Quijarro torna ineficaz qualquer ação isolada, já que lacunas na cobertura vacinal de um dos lados podem comprometer a eficácia das políticas públicas. A coordenação de calendários e a realização de campanhas simultâneas nos dois municípios asseguram maior alcance e contribuem para a proteção coletiva contra doenças transmissíveis.

No campo do controle de zoonoses e endemias, a integração é igualmente necessária. Doenças como dengue, leishmaniose e raiva animal ultrapassam fronteiras nacionais e exigem campanhas conjuntas de prevenção, incluindo vacinação de animais, combate a vetores e monitoramento ambiental. O Comitê pode funcionar como instância de articulação para que as ações sejam planejadas de forma coordenada, evitando sobreposição de esforços ou lacunas de atuação que favoreçam a proliferação dessas enfermidades.

A vigilância sanitária constitui outro eixo de atuação prioritária, sobretudo em regiões de fronteira caracterizadas pelo comércio intenso de medicamentos, alimentos e insumos. O Comitê poderá estimular a cooperação entre as equipes locais de fiscalização, garantindo padrões mínimos de qualidade e segurança. Além disso, a troca de informações sobre irregularidades detectadas em um dos lados da fronteira pode prevenir riscos à saúde da população em ambos os municípios.

Por fim, deve-se destacar a educação e capacitação em saúde como eixo transversal de todas as ações. Nesse aspecto, é fundamental a participação das instituições de ensino superior presentes na região, como o curso de Medicina da Unicesumar, em Corumbá⁷ e da Unitepc, de Puerto Quijarro⁸, como também da própria UFMS, com participação de mestres ou doutores em estudos fronteiriços. Essas faculdades podem contribuir não apenas com atividades de extensão universitária em campanhas binacionais, projetos educativos compartilhados e estágios supervisionados, mas também com a produção científica voltada aos problemas sanitários típicos de fronteira. A cooperação acadêmica fortalece a padronização de protocolos, amplia a formação de profissionais capacitados e promove uma aproximação entre universidade e comunidade, transformando o Comitê em espaço também de inovação e pesquisa aplicada.

⁷ <https://www.unicesumar.edu.br/corumbams/>. Acesso em: 30 set. 2025.

⁸ UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA PRIVADA DE COCHABAMBA – UNITEPC. Carrera de Medicina – Sede Puerto Quijarro. Cochabamba: UNITEPC, 2025. Disponível em: <https://www.unitepc.edu.bo/>. Acesso em: 30 set. 2025.

Em síntese, ao priorizar a regulação de urgência e emergência, a definição de critérios para transferências, a execução de campanhas conjuntas de vacinação, o controle de zoonoses, a vigilância sanitária, a capacitação profissional e a participação das universidades locais, o Comitê Binacional de Saúde Corumbá-Puerto Quijarro se apresenta como espaço de cooperação estruturada e orientada por objetivos claros. Esses eixos de atuação permitem transformar a instância em instrumento efetivo de integração, respondendo de forma coordenada às necessidades reais da população fronteiriça (Quadro 13).

Quadro 13 – Organização, composição, periodicidade de reuniões e eixos de atuação do Comitê Binacional de Saúde Corumbá-Puerto Quijarro

Elemento	Descrição Proposta
Organização	Subcomitê formal do Comitê de Integração Fronteiriça Corumbá-Suarez, instituído por deliberação em reunião binacional com presença do MRE e consulados. Regulamentado por portarias municipais (Corumbá e Puerto Quijarro) e eventual resolução de adesão de Ladário e Puerto Suárez.
Composição e decisões	Representantes paritários de cada município (mínimo 8 por lado): secretarias de saúde, hospitais locais (Santa Casa de Corumbá e Hospital referência de Puerto Quijarro), conselhos municipais de saúde, universidades (Unicesumar, Unitepc e UFMS), além de representantes da sociedade civil organizada. Apoio técnico de consulados e Ministério da Saúde.
Periodicidade das reuniões	Reuniões ordinárias trimestrais; reuniões extraordinárias em situações de emergência epidemiológica e sanitária. Relatórios anuais de atividades apresentados ao Comitê de Integração Fronteiriça.
Eixos de atuação	(i) Regulação de urgência e emergência; (ii) Definição de critérios para transferências de pacientes; (iii) Campanhas conjuntas de vacinação; (iv) Controle de zoonoses e endemias; (v) Vigilância sanitária integrada; (vi) Educação e capacitação em saúde com participação universitária.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

O Comitê Binacional de Saúde Corumbá- Puerto Quijarro será, portanto, um subcomitê da temática da saúde dentro do Comitê de Integração Fronteiriça Corumbá–Suárez, instituído mediante deliberação consensual dos membros do CIF (Silva, 2024).

Nessa deliberação é de suma importância já deixar instituído pelo CIF Corumbá–Suárez a composição do Comitê Binacional de Saúde Corumbá- Puerto Quijarro, a periodicidade das reuniões, os casos ensejadores de reuniões emergenciais, bem como os eixos de atuação.

Sobre a composição, propõe-se uma composição paritária entre Corumbá e Puerto Quijarro, deixando claro que as decisões sempre devem ser acompanhadas de consenso de seus membros após deliberação.

Devem ser membros natos desse comitê (sem necessidade de indicação): os secretários de saúde de Corumbá e Puerto Quijarro; os diretores da Santa Casa de Corumbá e do Hospital de Referência de Puerto Quijarro (atualmente o Hospital Príncipe De Paz). Os demais membros, devem ser indicados pelos prefeitos de ambos os municípios, para compor o Comitê Binacional por um mandato de no mínimo 02 anos e no máximo de 04 anos: 1 (um) membro do Conselho Municipal de Saúde de Corumbá e 1 (um) membro do órgão equivalente em Puerto Quijarro; 1 (um) professor vinculado à Universidades de Medicina de Corumbá (Unicesumar) ou à UFMS e 1 (um) professor vinculado à Universidade de Medicina de Puerto Quijarro (Unitepc); 4 (dois) profissionais da área de saúde com experiência na saúde fronteiriça (enfermeiros ou médicos) representando a sociedade civil, no Brasil e na Bolívia (totalizando 8 profissionais).

Como órgão consultivo e de apoio técnico, devem se fazer presentes nas reuniões e serem cientificados de todas as decisões tanto o consulado do Brasil em Puerto Quijarro, quanto o da Bolívia em Corumbá. Os consulados podem ser representados nas reuniões pessoalmente por seus respectivos Cônsules, ou por intermédio de outro agente consular integrante do respectivo órgão diplomático, devendo acompanhar as reuniões, deliberações e decisões, subsidiando os trabalhos do comitê com informações relevantes que julgar necessárias, como acordos mais abrangentes e ações em andamento a nível nacional, reportando tudo que entenderem conveniente às respectivas embaixadas em Brasília e La Paz, que podem fazer o intercâmbio das informação com os Ministérios da Saúde do Brasil e da Bolívia.

Essa forma de organização permite que às comunidades locais sejam as verdadeiras protagonistas na gestão da saúde na região de fronteira entre Corumbá e Puerto Quijarro, pensando em soluções cooperativas ajustadas à realidade da região, podendo inclusive expandir o raio de atuação para Suárez e Ladário. Além disso, a presença consular no comitê binacional de saúde permite a supervisão das atividades pelo governo central de ambos os países, através da divulgação de orientações, notas técnicas e informes regulares aos membros do comitê, como, por exemplo, de diretrizes federais do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores de ambos os países

Sugere-se que as reuniões sejam realizadas ao menos com periodicidade trimestral, de forma intercalada, sediadas tanto em Corumbá como em Puerto Quijarro, por exemplo nos meses de março, junho, setembro e novembro, onde serão tratados os problemas conjuntos, agendadas visitas *in loco* e também a divulgação de boas práticas, traçando metas a curto, médio

e longo prazo. Devem ser compartilhadas informações sobre fluxo de pacientes, riscos epidemiológicos, e eventuais dificuldades encontradas em cada período, buscando superar eventuais entraves através de soluções conjuntas. Além disso, em caso de situações emergenciais de calamidade pública, acidentes graves, endemias ou uma nova pandemia, é preciso deixar clara na regulamentação do Comitê Binacional de que reuniões extraordinárias podem ser realizadas, através da decisão de seus membros natos.

Por fim, a definição de eixos de atuação na cooperação reflete as principais frentes práticas de integração sanitária necessárias para o fortalecimento da gestão binacional em regiões de fronteira.

A regulação de urgência e emergência e a definição de critérios para transferências de pacientes visam garantir a continuidade do cuidado, evitando sobrecarga de um dos sistemas e assegurando que o atendimento ocorra de forma rápida e coordenada. Isso inclui a criação de protocolos binacionais que determinem responsabilidades, fluxos de comunicação e mecanismos de direcionamento dos pacientes entre os serviços de saúde, especialmente em casos de alta complexidade. Esse tipo de análise é essencial para se definir quais casos podem ou não ser absorvidos pelas respectivas redes, definindo de maneira apriorística situações em que é necessária a transferência para unidades de maior capacidade resolutiva como Campo Grande ou até mesmo Santa Cruz de La Sierra.

Já as campanhas conjuntas de vacinação e o controle de zoonoses e endemias representam esforços de prevenção integrados, essenciais em fronteiras com intensa circulação populacional, nas quais a vulnerabilidade epidemiológica exige ações simultâneas e padronizadas entre os países. Nesse ponto, é possível já traçar calendários regulares de vacinação além de uma comunicação mais eficiente com os entes nacionais em caso de dificuldade local no enfrentamento do problema. A experiência recente em Corumbá e Puerto Quijarro demonstrou que é possível a articulação com os governos estaduais e nacionais em caso de surtos, como foi o caso do Sarampo.

Em contextos como o de Corumbá e Puerto Quijarro, onde há intenso fluxo de pessoas, bens e serviços, a atuação isolada dos órgãos nacionais torna-se ineficiente diante de riscos compartilhados. A integração da vigilância implica o estabelecimento de mecanismos binacionais de troca contínua de informações epidemiológicas, sanitárias e ambientais, permitindo a identificação precoce de surtos, o controle coordenado de doenças transmissíveis e o monitoramento conjunto da qualidade de produtos e serviços que circulam entre os países.

A presença de instituições como a Unicesumar, em Corumbá, e a Unitepc, em Puerto Quijarro, tem o potencial de fortalecer a formação e a capacitação permanente de profissionais,

além de estimular pesquisas aplicadas às realidades locais, voltadas aos desafios epidemiológicos e estruturais da fronteira. Por meio da criação de programas conjuntos, estágios supervisionados, projetos de extensão e intercâmbio acadêmico, essas universidades podem contribuir diretamente para o aprimoramento das práticas do comitê binacional. Ao integrar o conhecimento científico às políticas públicas, o meio universitário transforma-se em um agente permanente de inovação, diagnóstico e avaliação de políticas binacionais, garantindo que a cooperação se mantenha como um processo contínuo de fortalecimento institucional e de construção de soluções conjuntas entre Brasil e Bolívia.

Um ponto crucial em toda essa iniciativa é a de que ambas as redes se esforcem para garantir o compartilhamento de dados, o registro de todas as demandas de transferências, com comunicação contínua entre os integrantes do Comitê Binacional, o que pode ser feito atualmente com a criação de um aplicativo binacional, e ainda, de forma mais simples, com um grupo de mensagens e um arquivo digital comum mediante *back up* em nuvem.

As reuniões precisam ser devidamente registradas, além de ser imprescindível a realização de relatórios anuais para que sejam sistematizados e divulgados todos os avanços e retrocessos, de modo a ajustar as metas futuras e traçar novos planos de atuação. Por fim, os integrantes dos comitês devem identificar as principais demandas, editando de maneira conjunta resoluções com caráter vinculante à rede de ambos os países, com a finalidade de traçar rotinas claras e previsíveis para todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde, de modo a ordenar e organizar a prestação da saúde na região fronteiriça.

Em síntese, a criação do Comitê Binacional de Saúde Corumbá– Puerto Quijarro representa um avanço concreto na consolidação de uma política de cooperação sanitária estruturada e permanente entre Brasil e Bolívia nesta área específica da fronteira. A institucionalização desse espaço, com representação paritária, apoio técnico consular e participação das universidades locais, fortalece o diálogo entre os sistemas de saúde e aproxima as decisões das realidades vividas nas cidades fronteiriças. A edição de normas conjuntas é elemento central dessa proposta, pois assegura a previsibilidade das ações, orienta os profissionais quanto aos procedimentos adequados em cada situação e evita recusas imotivadas de atendimento. O que se busca, em última instância, é uma gestão racional do território e uma prestação de serviços pautada na confiança mútua, na responsabilidade compartilhada e na isonomia entre brasileiros e bolivianos que compartilham o mesmo espaço fronteiriço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como propósito analisar os desafios e propor caminhos para a consolidação de um modelo de gestão cooperativa da saúde entre as cidades-gêmeas de Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia), com base no princípio da universalidade do direito à saúde e nos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro no âmbito da integração regional e cooperação entre os povos. A partir da análise documental, das entrevistas realizadas em ambos os lados da fronteira e da revisão bibliográfica sobre os mecanismos de cooperação transfronteiriça, buscou-se compreender de que forma a atuação articulada entre os entes locais pode contribuir para a efetividade do direito à saúde nas zonas limítrofes, frequentemente marcadas por desigualdades estruturais, ausência de políticas binacionais permanentes e carência de instrumentos institucionais de diálogo.

Constatou-se, ao longo do estudo, que a fronteira Brasil–Bolívia, especialmente na região de Corumbá e Puerto Quijarro, apresenta um mosaico de relações sociais e fluxos humanos que ultrapassam as divisões político-territoriais. O compartilhamento cotidiano de espaços, serviços, vínculos familiares e econômicos cria uma interdependência que demanda soluções conjuntas. Entretanto, a realidade institucional ainda é marcada por uma lógica nacional e fragmentada, em que os sistemas de saúde permanecem estruturados de forma autônoma, com pouca interoperabilidade, e sem uma regulação que garanta o atendimento equitativo dos cidadãos, independentemente de sua nacionalidade.

As entrevistas com gestores e profissionais de saúde evidenciaram que a cooperação entre os serviços ocorre, em grande medida, de forma informal e assistemática, sustentada mais pela boa vontade e pela urgência humanitária do que por instrumentos jurídicos consolidados. Essa informalidade, embora revele a sensibilidade dos profissionais diante das necessidades da população fronteiriça, também demonstra a fragilidade institucional do atual modelo. A inexistência de canais formais de comunicação entre os gestores, a ausência de protocolos bilaterais de referência e contrarreferência, e a carência de mecanismos para compartilhamento de informações epidemiológicas configuram entraves à construção de uma rede binacional de saúde eficaz e segura.

Nesse contexto, o estudo defende a criação de uma instância permanente de governança local — o Comitê Binacional de Saúde Corumbá–Puerto Quijarro — como eixo estruturante de um novo modelo de cooperação, podendo ser inclusive expandido para as cidades de Puerto Suarez e Ladário, que também integram a região de fronteira. Esse comitê, ao reunir

representantes dos dois municípios, das universidades locais (como a Unicesumar e a Unitepc), dos consulados e da sociedade civil organizada, teria a função de articular planos de ação, propor protocolos de transferência, de atendimento e ainda monitorar o cumprimento de metas conjuntas. Trata-se de uma estratégia de paradiplomacia em saúde, que se alinha à prática já verificada em outras cidades gêmeas a nível nacional e internacional, demonstrando que a cooperação descentralizada pode preencher lacunas não preenchidas pelos acordos intergovernamentais de nível central.

O fortalecimento da paradiplomacia, entendido como o exercício das relações internacionais por entes subnacionais, emerge, portanto, como instrumento legítimo e necessário para enfrentar a lentidão das instâncias diplomáticas tradicionais. A experiência demonstra que muitas soluções concretas em saúde pública fronteiriça nascem de acordos locais, apoiados posteriormente por normativas nacionais ou regionais. A institucionalização dessa prática, contudo, requer respaldo jurídico claro. Assim, torna-se imprescindível a criação de um comitê binacional de saúde entre as cidades gêmeas de Corumbá-Puerto Quijarro, que defina as competências, os limites e as responsabilidades de cada parte, através de normas claras e vinculantes, permitindo que os acordos firmados entre os entes municipais tenham validade e estabilidade jurídica.

Além da dimensão institucional, as entrevistas revelaram o papel central da confiança entre os profissionais de saúde, a valorização do trabalho médico e a necessidade de uma cultura de cooperação mais consolidada. A percepção recorrente de assimetria estrutural entre os sistemas nacionais — com maior resolutividade e infraestrutura no lado brasileiro — reforça a importância de políticas voltadas à redução dessas desigualdades. Nesse ponto, a construção do hospital de segundo nível em Puerto Quijarro representa uma oportunidade concreta para equilibrar a oferta de serviços e consolidar a reciprocidade no atendimento. Entretanto, a viabilidade dessa integração dependerá da existência de canais formais de comunicação e coordenação entre os gestores locais, capazes de transformar iniciativas isoladas em políticas públicas binacionais duradouras.

A pesquisa também destacou que a integração regional no campo da saúde deve ser compreendida como um desdobramento do próprio princípio da dignidade humana e da igualdade entre as pessoas. A saúde é um direito fundamental e universal, e sua garantia não pode ser condicionada à nacionalidade. Nesse sentido, a fronteira se converte em um espaço de concretização — e não de negação — dos direitos humanos. O desafio consiste em traduzir esse princípio em práticas administrativas e normativas compatíveis com a complexidade da vida fronteiriça.

Outro aspecto relevante diz respeito à necessidade de planejamento conjunto em vigilância epidemiológica e controle sanitário, sobretudo diante de doenças endêmicas compartilhadas, como a dengue e a leishmaniose. A ausência de comunicação integrada entre as redes municipais de saúde fragiliza as respostas regionais a surtos e emergências. A criação de uma plataforma binacional de dados e a promoção de programas conjuntos de capacitação de profissionais são medidas que podem potencializar a eficiência e a sustentabilidade das ações. Tais instrumentos encontram respaldo nas experiências já implementadas no âmbito do Mercosul e da União Europeia, o que reforça a viabilidade técnica e política de sua adoção.

Do ponto de vista metodológico, esta dissertação reafirma a importância da pesquisa empírica qualitativa para compreender as dinâmicas sociais e institucionais da fronteira. As entrevistas revelaram percepções e experiências que dificilmente seriam captadas por meio de estudos puramente normativos. A escuta dos sujeitos locais permitiu identificar não apenas os entraves administrativos, mas também as expectativas, resistências e potencialidades existentes para a construção de uma nova agenda de cooperação sanitária.

Conclui-se, portanto, que a efetivação de uma gestão compartilhada da saúde em Corumbá e Puerto Quijarro depende de três pilares essenciais: (i) institucionalização da cooperação, por meio de regulação binacional e do funcionamento regular do comitê local; (ii) comunicação permanente entre os gestores e profissionais de ambos os lados, sustentada por canais oficiais e sistemas de informação integrados; e (iii) fortalecimento da confiança e da reciprocidade, mediante projetos de formação conjunta, intercâmbio acadêmico e ações de saúde com caráter transfronteiriço.

Mais do que uma proposta administrativa, a cooperação em saúde nas fronteiras internacionais representa um compromisso ético com a igualdade, a dignidade e a justiça social. Ao reconhecer que as fronteiras não limitam as necessidades humanas, mas apenas os espaços de competência estatal, o presente trabalho reforça a urgência de repensar os modelos de governança pública a partir de uma perspectiva territorial, inclusiva e solidária. De nada adianta construir barreiras se a realidade social acaba transpondo eventuais esforços de contenção, gerando mais conflitos e inseguranças. Precisamos, portanto, reconhecer esse fato, buscando pontes de união entre os sistemas. Corumbá e Puerto Quijarro, ao se constituírem como laboratório dessa integração, podem se tornar referência para outras cidades-gêmeas do continente sul-americano, demonstrando que a efetivação do direito à saúde exige não apenas recursos, mas sobretudo vontade política, diálogo institucional e cooperação entre os povos.

Em síntese, a proposta delineada nesta dissertação visa oferecer um caminho concreto para a superação das barreiras administrativas e culturais que ainda se impõem sobre o

atendimento em saúde na fronteira. Ao propor a criação de uma instância binacional, a formalização de protocolos e a construção de uma regulação específica, busca-se consolidar uma política de saúde que, além de garantir o atendimento igualitário, reforce os laços históricos e humanos que unem Brasil e Bolívia. O desafio agora é transformar essa proposta em prática, mediante o engajamento dos gestores, das universidades, das instituições consulares e, sobretudo, das comunidades locais — protagonistas legítimas desse processo de integração.

Apesar das contribuições deste estudo para o debate sobre a cooperação transfronteiriça em saúde entre Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia), reconhece-se a existência de algumas limitações que merecem ser apontadas. A principal limitação esteve relacionada à escassez de dados oficiais e atualizados provenientes do lado boliviano, como o quantitativo de pacientes brasileiros e estrangeiros atendidos, como também da infraestrutura do território de Puerto Quijarro, o que dificultou uma análise mais precisa sobre a capacidade de resposta do sistema de saúde local. Soma-se a isso a percepção, evidenciada nas entrevistas, de que muitos gestores municipais ainda possuem conhecimento restrito sobre as possibilidades jurídicas e institucionais de cooperação em saúde, o que limitou o estudo sobre eventuais possibilidades do avanço de iniciativas conjuntas mais concretas.

Essas restrições, contudo, abrem caminho para novas agendas de pesquisa. Considerando o caráter preponderantemente jurídico-normativo deste trabalho, recomenda-se que futuros estudos, conduzidos por equipes técnicas multidisciplinares, possam utilizar esta base teórica e normativa como ponto de partida para investigações mais aplicadas. Seria especialmente pertinente a realização de pesquisas-ação voltadas à instalação e operacionalização de um Comitê Binacional de Saúde entre as cidades de Corumbá e Puerto Quijarro, envolvendo gestores, profissionais de saúde e universidades locais. Tal iniciativa permitiria transformar o conhecimento aqui sistematizado em práticas efetivas de governança transfronteiriça, consolidando o interesse manifestado pelos entrevistados e promovendo avanços concretos rumo à integração sanitária regional.

REFERÊNCIAS

ACKLESON, Jason; KASTNER, Justin. Borders and governance: an analysis of health regulation and the agri-food trade. **Geopolitics**, v. 16, n. 1, p. 7-26, 2011. DOI: 10.1080/14650045.2010.493767.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS FIDES (ANF). **Municípios de Bolivia y Brasil se unen para luchar contra el dengue**. La Paz, 22 fev. 2009. Disponível em: <https://www.noticiasfides.com/nacional/sociedad/-municipios-de-bolivia-y-brasil-se-unen-para-luchar-contra-el-dengue-213079>. Acesso em: 26 set. 2025

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. e180196, 2020. DOI: 10.1590/S0104-12902020180196.

AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00182117>.

ALVAREZ, Marcos César; SALLA, Fernando. Estado-nação, fronteiras, margens. Redesenhando os espaços fronteiriços no Brasil Contemporâneo. **Civitas**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 9-26, jan.-abr. 2013.

ALVAREZ, Mariano. The rise of paradiplomacy in international relations. **E-International Relations**, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.e-ir.info/2020/03/17/the-rise-of-paradiplomacy-in-international-relations/>. Acesso em: 14 set. 2025.

ANISCHENKO, A. G., & SERGUNIN, A. Twin cities: a new form of cross-border cooperation in the Baltic Sea Region? **Baltic Region**, v. 1, p. 19-27, 2012.

ARCO VERDE, Marcos Augusto Moraes; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; RISSATO, Denise. Abordagem da análise espacial aplicada aos estudos ecológicos em saúde pública em região de fronteira. In: ZILLY, Adriana; SILVA, Rosane Meire Munhak da (org.). **Saúde pública na região da fronteira: Brasil–Paraguai–Argentina**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. p. 57–84.

BOLÍVIA. **Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia**. Promulgada el 7 de febrero de 2009. La Paz: Assembleia Legislativa Plurinacional, 2009. Disponível em: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_bol_const.pdf. Acesso em: 2 maio 2025.

BOLÍVIA. **Ley n° 465, de 19 de diciembre de 2013**. Ley del Servicio de Relaciones Exteriores del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2013.

BOLÍVIA. **Ley n.º 1152, de 20 de febrero de 2019**. Ley del Sistema Único de Salud - SAIS. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2019. Disponível em: https://www.minsalud.gob.bo/images/sus/LEY_N_1152_SUS.pdf. Acesso em: 2 maio 2025.

BOLÍVIA. Ministério da Saúde e Esportes. **Bolivia y Brasil firman histórico protocolo de intención de acceso recíproco a servicios de salud gratuito**. La Paz: MSyD, 2024.

Disponível em: <https://minsalud.gob.bo/8211-bolivia-y-brasil-firman-historico-protocolo-de-intencion-de-acceso-reciproco-a-servicios-de-salud-gratuito>. Acesso em: 1 maio 2025.

BOM TEMPO, Carla Gabriela Cavini, GIMNEZ, Roser Perez, NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro, Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013

BRANCO, Pedro Henrique de Moura Gonet; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. A proteção do direito à saúde de refugiados e indocumentados: desafios no contexto brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 44-56, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1294>. Acesso em: 6 fev. 2025.

BRASIL. Acordo Interinstitucional Internacional Subscrito entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde do Estado Plurinacional da Bolívia em Matéria de Cooperação em Saúde na Fronteira. Brasília, DF: Ministério das Relações Exteriores, 2017a.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Brasília: MI, 2005.

BRASIL. Portaria nº 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 26 mar. 2014 (republicada). Disponível em: <https://antigo.mdr.gov.br/component/content/article/77-legislacao/12931-legislacao-secretaria-nacional-de-mobilidade-e-desenvolvimento-regional-e-urbano>. Acesso em: 11 jan 2024.

BRASIL. Portaria nº 212, de 19 de julho de 2016. Ministério da Integração Nacional.. Divulga o resultado da análise de projetos de infraestrutura no setor de irrigação quanto à solicitação de enquadramento ao Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura - REIDI. **Diário Oficial da União** nº 138, de 20 de julho de 2016. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016>. Acesso em: 11 jan 2024.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991. Aprova o texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 dez. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1991/del226.htm. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Promulga o texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jul. 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1992/del592.htm. Acesso em: 12 abr. 2025.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/decreto/d7508.htm. Acesso em: 1 maio 2025.

BRASIL. Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG). **Fronteiras terrestres do Brasil**. Brasília: FUNAG, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/funag/pt-br/tpri/arquivos-ipri/arquivos-estatisticas/fronteiras-terrestres-brasil-13052015.pdf>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018. Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13684.htm. Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe do Ministério da Saúde chega a Roraima para avaliar acolhimento aos migrantes venezuelanos**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/equipe-do-ministerio-da-saude-chega-a-roraima-para-avaliar-acolhimento-aos-migrantes-venezuelanos>. Acesso em: 2 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 8/2024**. Orientações sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas na Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**: a gestão do SUS e a regionalização. 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto "Fronteiras Saudáveis e Seguras do Mercosul" promove ação de vacinação na Tríplice Fronteira de Foz do Iguaçu**. 7 out. 2023. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Projeto-Fronteiras-Saudaveis-e-Seguras-do-Mercosul-promove-acao-de-vacinacao-na-Triplice>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Estatístico de Saúde nas Fronteiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Esportes do Estado Plurinacional da Bolívia sobre a Coordenação no Âmbito do Acesso Recíproco aos Serviços de Saúde Pública. Santa Cruz de la Sierra, 9 jul. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 466.343, de 2008**. Trata da possibilidade de prisão do "depositário infiel". Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRASIL DE FATO. Moradores das cidades fronteiriças do RS querem um plano-piloto para ampliar a integração na área da saúde. Publicado em: 8 ago. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2024/08/08/moradores-das-cidades-fronteiriças-do-rs->

[querem-um-plano-piloto-para-ampliar-a-integracao-na-area-da-saude](https://www.ipea.gov.br/revistas/index.php/rtm/article/view/86117). Acesso em: 27 out. 2025.

CÂMARA DE CORUMBÁ. Corumbá pode implantar Central de Regulação para atender estrangeiros. Câmara Corumbá MS, [s.d.]. Disponível em: <https://camaracorumba.ms.gov.br/noticia/corumba-pode-implantar-central-de-regulacao-para-atender-estrangeiros>. Acesso em: 09 fev. 2025.

CARAÇA, Camilly Rodrigues. Integração Fronteiriça, Migrações e Desenvolvimento: o caso das cidades gêmeas de Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai) sob a lente da economia. **Revista Tempo do Mundo**, v. 35, p. 204-218, ago. 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/revistas/index.php/rtm/article/view/86117>. Acesso em: 04 abr. 2025.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Acesso e direito à saúde para migrantes bolivianos em uma metrópole brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 3, e210761, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022210761pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210761pt>. Acesso em: 29 abr. 2025.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Movilidad Humana: Estándares Interamericanos. CIDH, 2016. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MovilidadHumana.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CORNAGO, Noé. Diplomacia, paradiplomacia y redefinición de la seguridad mundial: dimensiones de conflicto y cooperación. In: FRANCISCO, Aldecoa; MICHAEL, Keating (eds.). **Paradiplomacia: las relaciones internacionales de las regiones.** Madrid: Marcial Pons, 2001.

CORNAGO, Noé. Exploring the global dimensions of paradiplomacy: functional and normative dynamics in the global spreading of subnational involvement in international affairs. In: ALDECOA, Francisco; KEATING, Michael (ed.). **Paradiplomacy in action: the foreign relations of subnational governments.** London; Portland: Frank Cass, 2000. p. 40-67.

CORNAGO, Noé. O outro lado do novo regionalismo pós-soviético e da Ásia-Pacífico: a diplomacia federativa além das fronteiras do mundo ocidental. In: VIGEVANI, Tullo; WANDERLEY, Luiz Eduardo; BARRETO, M. Inês; MARIANO, P. (orgs.). **A dimensão subnacional e as relações internacionais.** São Paulo: EDUC, 2004. p. 251-282.

CORUMBÁ (MS). Prefeitura Municipal. **Brasil e Bolívia alinham campanha binacional contra a raiva animal na fronteira.** Corumbá, 12 jun. 2025. Disponível em: <https://corumba.ms.gov.br/noticias/brasil-e-bolivia-alinham-campanha-binacional-contra-a-raiva-animal-na-fronteira>. Acesso em: 26 set. 2025.

CORUMBÁ (MS). Prefeitura Municipal. **Prefeitura participa de campanha binacional de vacinação antirrábica na Bolívia.** Corumbá, 31 jul. 2025. Disponível em: <https://corumba.ms.gov.br/noticias/prefeitura-participa-de-campanha-binacional-de-vacinacao-antirrabica-na-bolivia>. Acesso em: 26 set. 2025.

CORUMBÁ (MS). Prefeitura Municipal. **Campanha binacional vacina mais de 1,7 mil animais contra a raiva na Bolívia.** Corumbá, 4 ago. 2025. Disponível em: <https://corumba.ms.gov.br/noticias/campanha-binacional-vacina-mais-de-17-mil-animais-contra-a-raiva-na-bolivia>. Acesso em: 26 set. 2025.

COSTA, Edgar Aparecido da. Ordenamento territorial em áreas de fronteira. In. COSTA, E. A. da; OLIVEIRA, M. A. M. de. (Org.). **Seminário de Estudos Fronteiriços**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2009, v. 1, p. 61-78.

COSTA, Edgar Aparecido da (Coord.). **Elaboração do “Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Centro-Oeste do Brasil - PDIF”**. Corumbá: PPGEF, 2023.

COSTA, Gustavo Villela Lima, Governamentalidade e Soberania na Fronteira Brasil-Bolívia: Segurança Nacional e Saúde Pública como Dispositivos de Poder. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 377-394, 2018.

CORDEIRO, Juliane da Silva. **Gestão do território fronteiriço**: atendimento ao migrante na rede de urgência e emergência de Corumbá-MS. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, UFMS, 2024.

CRAWFORD, James. **Atenção ao princípio da reciprocidade nas relações internacionais**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.

CRESWELL, John Ward. **Projeto de pesquisa**: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DIÁRIO DE FOZ. Saúde pública: Foz atendeu 12 mil estrangeiros. Diário de Foz, 2024. Disponível em: <https://diariodefoz.com/saude-publica-foz-atendeu-12-mil-estrangeiros>. Acesso em: 11 abr. 2025.

DIÁRIO ONLINE. Brasil e Bolívia definem ações de combate a endemias na fronteira. Corumbá, 27 jul. 2010. Disponível em: <https://www.diarionline.com.br/index.php?id=17054&s=noticia>. Acesso em: 26 set. 2025.

DIÁRIO ONLINE. Santa Casa de Corumbá registra alto índice de atendimentos a estrangeiros, especialmente bolivianos. **Diário Online**, 2016. Disponível em: <https://diarionline.com.br/index.php?s=noticia&id=83168>. Acesso em: 11 abr. 2025.

DORFMAN, A.; ROSÉS, G. T. B. (2005): Regionalismo fronteiriço e o “acordo para os nacionais fronteiriços brasileiros uruguaios”. In: OLIVEIRA, T. C. M. de (Org.). **Território sem limites**: estudos sobre fronteiras. Campo Grande: UFMS. 195-228.

EL PAÍS. Cruzar a fronteira para conseguir dar à luz. El País Brasil, 4 set. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/04/politica/1536079388_175129.html?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 11 jan. 2025.

FAGUNDES, Helenara Silveira; KREUTZ, Ineiva Terezinha. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 293–304, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Q6dzwSgN5ZT6DVQJcgSHHpt/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2025

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes; MARIANI, Milton Augusto Pasquotto; OLIVEIRA NETO, Antônio Firmino. Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. Corumbá, MS: **Revista GeoPantanal**, jan./jun. 2015.

FIGUEIREDO, Luiza Vieira Sá de. **Direitos humanos na fronteira: efetividade de políticas públicas brasileiras na linha de fronteira seca Brasil-Paraguai e Brasil-Bolívia** – as cidades geminadas de Ponta Porã (BR)/Pedro Juan Caballero (PY) e Corumbá (BR)/Porto Quijarro (BO). Coimbra: Universidade de Coimbra, 2013. Relatório final de pós-doutoramento.

GAZETA DO POVO. **Demanda por saúde em Foz do Iguaçu**. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/parana/perto-colapso-saude-foz-do-iguacu-sofre-sobrecarga-fronteira-paraguai/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GERMENDORFF, Joyce Sehaber; FIGUEIREDO, Luiza Vieira Sá de. Jurisdição em Fronteira: o Poder Judiciário Estadual na Fronteira Brasil-Bolívia em Mato Grosso do Sul. **Revista GeoPantanal**, v. 33, p. 67-80, jul./dez. 2022. DOI: 10.55028/geop.v17i33.17567.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, suppl. 2, p. S251-S266, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c3dJ5WtjKZZw5JyvVCN93fB/>. Acesso em: 11 abr. 2025.

GOMES, Romeu; SOUZA, Ednilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MALAQUIAS, Juaci Vitória; SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro da. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 185-221. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1885>. Acesso em: 16 set. 2024.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. **Cooperação em Saúde Pública é reforçada em reunião do governo de RO com a Bolívia e municípios de fronteira**. Porto Velho: Secom, 2024. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/cooperacao-em-saude-publica-e-reforcada-em-reuniao-do-governo-de-ro-com-a-bolivia-e-municipios-de-fronteira/>. Acesso em: 1 maio 2025.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 248–257, set./dez. 2005.

HOBSBAWM, Eric J. **A era do capital: 1848-1875**. 11.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

HORTELAN, Michele dos Santos; ALMEIDA, Maria de Lourdes de; FUMINCELLI, Laís; ZILLY, Adriana; NIHEI, Oscar Kenji; PERES, Aida Maris; SOBRINHO, Reinaldo Antônio; PEREIRA, Pedro Eduardo. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900031. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>. Acesso em: 15 abr. 2025.

INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL; EUROSOCIAL+. **Cooperação transfronteiriça em saúde no Mercosul: desafios, experiências e proposta de protocolo**. Asunción: Instituto

Social do Mercosul, out. 2021. 122 p. Disponível em: <https://www.ismercosur.org>. Acesso em: 1 maio 2025.

JUNQUEIRA, Cairo Gabriel Borges. Paradiplomacia: a transformação do conceito nas relações internacionais e no Brasil. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB**, São Paulo, n. 83, p. 43–68, 2017. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/429>. Acesso em: 1 maio 2025.

JUNQUEIRA, Cairo Gabriel Borges. A criação das Secretarias Municipais de Relações Internacionais (SMRIs) como nova realidade da inserção internacional dos entes subnacionais brasileiros. **Boletim de Economia e Política Internacional – BEPI**, Brasília, n. 21, p. 72-83, set./dez. 2015.

MACHADO, J. R. F. Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. **Devir Educação**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. e–697, 2023. DOI: 10.30905/rde.v7i1.697. Disponível em: <https://devireducacao.ded.ufla.br/index.php/DEVIR/article/view/697>. Acesso em: 16 set. 2024.

MACHADO, Lia Osório. Limites, Fronteiras e Redes. In: STROHAECKER, T. M.; DAMIANI, A.; SCHAFFER, N. O.; BAUTH, N.; DUTRA, V. S. (org.). **Fronteiras e espaço global**. AGB-Porto Alegre, Porto Alegre, 1998. p. 41-49.

MACHADO, Lia Osório. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. **Revista Território**, n. 8, p. 09-29, 2000.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, [S. l.], v. 20, n. 35, p. 201–208, 2014. DOI: 10.18066/revunivap.v20i35.228. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228>. Acesso em: 16 set. 2024.

MARTINS, Paulo Cesar dos Santos; CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira. Integração regional e cidades-gêmeas no Estado de Mato Grosso do Sul. In: CONTINI, A. A. M. ; PREUSSLER, G. S. ; NOZU, W. C. S. (Org.) **Fronteiras e direitos humanos: análises interdisciplinares**. Curitiba: Editora Íthala, 2021.

MAX, Cláudio Zárate; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. As relações de troca em região de fronteira: uma proposta metodológica sob a ótica convencionalista. **Geosul**, Florianópolis, v. 24, n. 47, p 7-27, jan./jun. 2009.

MERCOSUL. **Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas entre os Estados Partes do Mercosul**. Assunção, 2019. Disponível em: <https://normas.mercosur.int>. Acesso em: 13 set. 2025.

MERCOSUL. **Cooperação transfronteiriça em saúde no MERCOSUL**: Desafios, experiências e proposta de protocolo. 2021. Disponível em: <https://www.mercosur.int/publicacion-cooperacion-transfronteriza-en-salud-en-el-mercados-desafios-experiencias-y-propuesta-de-protocolo/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MERCOSUL. **Relatório Técnico - Anual 2023**. Fortalecimento das políticas públicas em saúde nas áreas de fronteira com o Brasil. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 24 abr. 2025.

MIDIAMAX. Após alerta sanitário por aumento de casos de sarampo na Bolívia, Corumbá realiza plantão de vacinação. Campo Grande, 11 jul. 2025. Disponível em: <https://midiamax.com.br/cotidiano/2025/apos-alerta-sanitario-por-aumento-de-casos-de-sarampo-na-bolivia-corumba-realiza-plantao-de-vacinacao/>. Acesso em: 27 out. 2025.

MORGENTHAU, Hans J. Política entre as nações: a luta pelo poder e pela paz. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

NAOVIU. Número de atendimentos de estrangeiros na saúde de Foz dispara. **Não Viu**, 2023. Disponível em: <https://www.naoviu.com.br/numero-de-atendimentos-de-estrangeiros-na-saude-de-foz-dispara>. Acesso em: 11 abr. 2025.

NASCIMENTO, Valdir Aragão do; **BANDUCCI JÚNIOR**, Álvaro. “Favor a gente não cobra, né?”. Redes de solidariedade na fronteira de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY). **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 1-20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v31i1pe195103>. Acesso em: 11 abr. 2025.

NEVES, A.; SILVA, J.; MONTEIRO, L. Mapeamento das políticas públicas federais nas fronteiras: interfaces com o Plano Estratégico de Fronteiras e a Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras. Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br>. Acesso em: 22 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Comitê do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Comentário Geral n. 14**, 2000. Disponível em: <<https://www.ohchr.org>>. Acesso em: 18 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: [<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>]. Acesso em: 7 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 12 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Saúde e Migração**, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int>>. Acesso em: 27 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório Mundial sobre Saúde e Migração**: acesso à saúde de migrantes e populações vulneráveis na Região Andina. Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 2 maio 2025.

PEREIRA, Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva; SOUSA, Livia Maria de; ALVERNE, Tarin Cristina Frota Mont. Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integralidade do SUS. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, Brasília, v. 8, nº 3, 2018 p. 34-53

PEREIRA, José Antônio; LUZ, Cícero Krupp da. Fundamentos constitucionais e os projetos legislativos na paradiplomacia para pequenos e médios municípios: quando o global ainda mora longe do local. **Campo Jurídico**, v. 5, n. 1, p. 161–196, jun. 2017.

PREUSS, Lislei Teresinha. **A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta.** 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2025

QUINTANA, Glênio Borges; HERMANY, Ricardo. Cooperação entre países do arco norte brasileiro: uma análise sobre acordos de municípios brasileiros de fronteira em termos de saúde. **Opinión Jurídica**, v. 21, n. 44, p. 302-325, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.22395/ojum.v21n44a15>. Acesso em: 22 abr. 2025.

RAFFESTIN, Jean Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: SaraivaJur, 2022.

REIS, Rosa Rocha. Soberania, direitos humanos e migrações internacionais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 13-14, jun. 2004.

SÁ, Rafael Rocha. **Geopolítica da contenção da pandemia do SARS-CoV-2 na fronteira internacional Brasil-Bolívia**: um estudo sobre a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a macrorregião de saúde de Corumbá. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, UFMS, 2023

SALOMÓN, Oscar D. et al. Projetos conjuntos de Eco-Saúde na Tríplice Fronteira entre Argentina, Brasil, Paraguai: exemplo das leishmanioses. In: ZILLY, Adriana; SILVA, Rosane Meire Munhak da (org.). **Saúde pública na região da fronteira**: Brasil–Paraguai–Argentina. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. p. 119–156.

SANTO, Anderson Luís do Espírito; VOKS, Douglas. Governança da Saúde Pública: conflitos e desafios para uma gestão compartilhada na fronteira Brasil-Bolívia. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 32, n. 1, e210704pt, 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2020.

SANTOS, C. T. dos; RIZZOTTO, M. L. F.; CARVALHO, M. de. Financiamento público para a saúde de municípios paranaenses em região de fronteiras (2000 – 2016). **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e61110, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61110>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari dos; ANDRADE, Selma Regina de; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; ORTIGA, Angela Maria Blatt. Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, art. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8ZfhtX7Kd4gyzqx4HbzncR/?lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2025.

SAQUET, Marcos Aurélio. Por uma abordagem territorial. In: SPOSITO, Eliseu Savério. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular. 2009. p. 73-94.

SCHÄFER, Jairo. **Classificação dos direitos fundamentais**: do sistema geracional ao sistema unitário - uma proposta de compreensão. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SCHERMA, Márcio Augusto. Cidades-gêmeas e integração: o caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. In: **Anais... SIMPÓSIO INTERNACIONAL PENSAR E REPENSAR A**

AMÉRICA LATINA, 2. Disponível em: https://sites.usp.br/prolam/wp-content/uploads/sites/35/2016/12/Marcio_Scherma_II-Simposio-Internacional-Pensar-e-Repensar-a-America-Latina.pdf. Acesso em: 11 jan 2024.

SCHERMA, Márcio; OLIVEIRA, Jussara; FERRAZ, Sara. Cooperação internacional em saúde: um panorama da fronteira Brasil-Venezuela. **Revista Espacios**, v. 36, n. 01, p. 9, 2015. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a15v36n01/15360109.html>. Acesso em: 24 maio 2023.

SCHMIDT, Andrea E.; BOBEK, Julia; MATHIS-EDENHOFER, Stefan; SCHWARZ, Tanja; BACHNER, Florian. Cross-border healthcare collaborations in Europe (2007–2017): Moving towards a European Health Union? **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 6, p. 999-1006, 2017. DOI: [10.1093/eurpub/ckx072](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx072).

SILVA, Gutemberg de Vilhena. Cooperação transfronteiriça na Amazônia internacional: estratégias e ações no caso entre França e Brasil (1996-2023). **Revista Verde Grande**, v. 5, n. 2, p. 412-433, 2023. Disponível em:

<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/verdegrande>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SILVA, Lucas Lima da. **Integração em saúde entre Brasil e Uruguai durante a pandemia da COVID-19**: O Acordo Sanitário Binacional aplicado nas cidades gêmeas de Sant'Ana do Livramento e Rivera. 2022. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/462033>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SILVA, Maurício Pinto da. **Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai**: Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde, 2009. Disponível em: https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/MAUR%C3%8DCIO.SILVA_A%C3%A7%C3%83es.de_.Coopera%C3%A7%C3%A3o.em_.Sa%C3%BAde.na_.Fronteira.Brasil-Uruguai-Um.estudo.sobre_.o.Comit%C3%AA.Binacional.de_.Integra%C3%A7%C3%A3o.em_.Sa%C3%BAde-Santana.do_.Livramento-Rivera.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

SILVA, Ricardo Marques; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de. O mérito das cidades-gêmeas nos espaços fronteiriços. **Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social**, Málaga: Grupo EUMED.NET, Universidad de Málaga, año 1, n. 5, dez. 2008. ISSN 1988-2483.

SILVA, Vitorino José Barros da. **Entraves para o funcionamento dos Comitês de Integração Fronteiriça**: o caso Corumbá–Puerto Suárez. 2024. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, UFMS, Corumbá, MS, 2024.

SILVA, Wagner Aparecido. **Fronteira e regionalização da saúde**: os dilemas da microrregião de Corumbá-MS. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, UFMS, Corumbá, MS, 2010.

STEIMAN, Rebeca; MACHADO, Lia Osório. **Limites e fronteiras internacionais**: uma discussão histórico-geográfica. Rio de Janeiro: Grupo Retis/UFRJ, 2002.

SUTO, Cleuma Sueli Santos; PAIVA, Mirian Santos; PORCINO, Carle; SILVA, Dejeane de Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; COELHO, Edméia Almeida Cardoso. Análise de

dados em pesquisa qualitativa: aspectos relacionados a triangulação de resultados. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, Brasil, v. 10, n. 2, p. 241–251, 2021. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v10i2.3863. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3863>. Acesso em: 16 set. 2024.

TRIVIÑOS, Antônio Nogueira de Souza. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIÃO EUROPEIA. **Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia**. Versão consolidada. Disponível em: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF. Acesso em: 20 mar. 2025.

VIEIRA, Gustavo Oliveira. Cidadania pela integração fronteiriça: possibilidades do controle integrado e das localidades fronteiriças vinculadas. In: VIEIRA, Luciane Klein; NEGRO, Sandra C. (orgs.). **Estatuto da Cidadania do Mercosul**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2023. p. 127-134.

VIEIRA, Gustavo Oliveira. Direito da integração fronteiriça: uma introdução. **Revista da Secretaria do Tribunal Permanente de Revisão**, Assunção, ano 11, n. 20, e502, 2023. DOI: 10.16890/rstpr/a11.n20.e502.

VIEIRA, Gustavo Oliveira. Integração transfronteiriça: ressignificar sentidos, com “novos” atores. **Revista da Secretaria do Tribunal Permanente de Revisão**, v. 7, n. 13, p. 15-32, mar. 2019. DOI: 10.16890/rstpr.a7.n13.p15.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. 4. ed. Vol. I e II. Brasília: Ed. UnB, 2000.

ZASLAVSKY, Ricardo; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qmquF5sw58GvC7qBCrpS4Hn/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTAS 1 (Gestores e profissionais da saúde em Corumbá e Quijarro)

Objetivo: Coletar percepções, práticas e propostas de gestores e profissionais de saúde de Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia) acerca do atendimento a estrangeiros, do direito à saúde em contexto transfronteiriço e da cooperação institucional existente ou potencial entre os dois municípios, a fim de subsidiar a análise acadêmica sobre os desafios e perspectivas da construção de mecanismos de integração sanitária nas cidades-gêmeas.

1. Atendimento a estrangeiros

- 1.1. O município realiza atendimentos em matéria de saúde a cidadãos do país vizinho?
- 1.2. Há registros nos sistemas municipais da quantidade de atendimentos a estrangeiros? Poderia indicar dados recentes?
- 1.3. Há algum protocolo local específico para o atendimento de pessoas estrangeiras?
- 1.4. Em sua experiência, há casos de continuidade de tratamento a estrangeiros (ex: gestantes, pacientes crônicos, tratamentos eletivos)? Como são conduzidos?

2. Compreensão sobre o direito à saúde

- 2.1. A rede de saúde local está orientada quanto à obrigatoriedade do atendimento para qualquer pessoa, independentemente de nacionalidade?
- 2.2. Há normativas ou orientações técnicas locais sobre o atendimento a estrangeiros?
[Somente para Corumbá – Brasil]
- 2.3. O(a) senhor(a) ou a equipe da Atenção Primária está ciente da Nota Técnica nº 8/2024 da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa Migrante e Refugiada, que trata da garantia de acesso de pessoas migrantes ao SUS? Se sim, ela tem sido aplicada na prática?

3. Capacidade e limitações

- 3.1. A rede local de saúde tem capacidade (estrutura, pessoal, recursos) para atender tanto a população local quanto a demanda de estrangeiros?
- 3.2. O atendimento de estrangeiros gera impacto significativo na rotina e nos recursos dos serviços de saúde? Se sim, especifique.

4. Cooperação transfronteiriça

- 4.1. Há diálogo regular ou canais diretos de comunicação com a gestão de saúde com Puerto Quijarro ou Puerto Suárez?
- 4.2. Já ocorreram reuniões ou ações conjuntas entre Corumbá e Puerto Quijarro voltadas especificamente para a saúde?

4.3. O(a) senhor(a) tem conhecimento do Acordo de Implementação do Comitê de Saúde de Fronteira (AICSF), firmado em 2017 entre Brasil e Bolívia? O município participou de alguma atividade ligada a esse comitê? Receberam alguma orientação ou contato dos membros desse comitê?

4.4. O(a) senhor(a) está ciente da assinatura, em 2024, de um Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Esportes do Estado Plurinacional da Bolívia sobre a Coordenação no Âmbito do Acesso Recíproco aos Serviços de Saúde Pública? Houve alguma comunicação ou orientação oficial para implementação local deste protocolo?

4.5. O município participa ou já participou de algum projeto, consórcio, grupo de trabalho ou fórum binacional voltado à cooperação em saúde?

4.6. Tem conhecimento das reuniões realizadas pelo Comite de Integração Fronteiriça Corumbá-Suarez ocorridas em 2011 e 2018?

4.7. Existe algum contato ou perspectiva de nova reunião do Comite de Integração Fronteiriça Corumbá-Suarez?

5. Perspectivas e propostas

5.1. Na sua avaliação, qual o principal desafio para ampliar a cooperação em saúde entre Corumbá e Puerto Quijarro?

5.2. Que ações de cooperação considera mais urgentes ou viáveis (ex: plantões integrados, compartilhamento de ambulâncias, intercâmbio de profissionais, vigilância conjunta, central de regulação binacional, campanha de vacinação conjunta)?

5.3. Há entraves jurídicos, político-institucionais ou orçamentários que dificultam maior integração entre os dois sistemas de saúde?

5.4. O(a) senhor(a) acredita que é possível construir um plano conjunto local de cooperação em saúde, ainda que sem depender de acordos federais? Teria alguma proposta inicial para a cooperação fronteiriça?

5.5. Existe apoio político da gestão municipal para aprofundar a cooperação com Puerto Quijarro ou Suarez?

6. Comentários livres sobre o tema

ROTEIRO DE ENTREVISTAS 2 (Cônsules em Quijarro e Corumbá)

2. Questões para os Consulados do Brasil e da Bolívia

1. Como os consulados avaliam a atual cooperação em saúde entre Brasil e Bolívia nas regiões de fronteira?
2. Há apoio político e institucional dos respectivos países para a criação de um Comitê Binacional de Saúde Corumbá–Quijarro?
3. Quais seriam os passos diplomáticos necessários para formalizar esse comitê sob a chancela dos dois governos?
4. Os consulados poderiam atuar como intermediadores entre autoridades municipais, estaduais/departamentais e nacionais para viabilizar a cooperação?
5. Existem experiências anteriores em outras fronteiras que poderiam servir de referência para a implementação desse comitê?
6. Como avaliam a possibilidade de integrar universidades locais (Unicesumar e Unitepc) às ações oficiais de cooperação em saúde?
7. Em caso de criação do comitê, qual seria a expectativa quanto à periodicidade das reuniões, formato de deliberação e áreas prioritárias de atuação (ex.: urgência hospitalar, vigilância epidemiológica, campanhas conjuntas)?