

# A GARANTIA DO ATENDIMENTO À SAÚDE DO ESTRANGEIRO EM SOLO BRASILEIRO: um desafio

Kaciane Corrêa Mochizuke  
Fórum de Trabalho Decente e Estudos sobre Tráfico de Pessoas  
kaciane\_mzk@hotmail.com

## Resumo

No Brasil, a legislação assegura aos cidadãos o direito de ir e vir, migrar em busca de melhores condições de vida, bem como o direito à saúde. Se por um lado o direito é garantido constitucionalmente, por outro, a busca pelo mesmo pode vir a ser um problema, em especial, nos casos das migrações internacionais que ocorrem nos países de fronteira, sobretudo entre os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). O fluxo de migrações, principalmente as ilegais, onera de maneira suntuosa aos gastos públicos com saúde, acarretando em dificuldades para os gestores, em particular os municipais. O Estado por meio do desenvolvimento de políticas públicas, tenta resolver os problemas sociais ligados à saúde, implementando medidas e ações que possam promover melhorias. Embora o SUS tenha avançado ao longo dos anos desde a sua criação, há muito ainda que se instituir na implementação de políticas que assegurem o direito à saúde em situações tão complexas como as dos casos de estrangeiros em solo brasileiro. O artigo aproximou-se de algumas políticas públicas voltadas à garantia do atendimento em saúde aos estrangeiros em solo brasileiro e apontou iniciativas que já ocorrem entre os municípios de fronteira que tem que lidar quotidianamente com estas situações relativas às necessidades de saúde dos estrangeiros no nosso país.

**Palavras-chave:** Migração Internacional, Saúde na Fronteira, Sistema Único de Saúde (SUS).

## Abstract

In Brazil, the law provides citizens the right to come and go, migrate in search of better living conditions, and also guarantees the right to health. If on one hand the law is constitutionally guaranteed, secondly, the search for the same may prove to be a problem, particularly in cases of international migration occurring in frontier countries, especially between the countries of the Southern Common Market (MERCOSUL). The flow of migration, especially illegal, sumptuous burdens of public health spending way, causing difficulty for managers, particularly at the municipal. The State through the development of public policies, attempts to solve the social problems related to health, implementing measures and actions that can promote improvements. Although the SUS has advanced over the years since its creation, much remains to be instituted in the implementation of policies that ensure the right to health in such complex situations as

cases of foreigners in Brazilian soil. The article approached some public policies aimed at ensuring health care for foreigners in Brazilian soil and showed initiatives already occurring between the municipalities that border and must deal daily with these situations relating to the health needs of foreigners in our country.

**Keywords:** International Migration, Border Health, Health System (SUS).

## Introdução

A globalização traz em seu cerne um processo de mundialização das relações econômicas, sociais e políticas, que inicia com a extensão das fronteiras. A interconexão gera uma nova realização de vida social (SANTOS, 2012).

Migração, é o fenômeno social decorrente do deslocamento de pessoas, podendo ser definitivo ou temporário. Quando ocorre dentro de um mesmo território é chamado de migração interna, e de um território ou país para outro território ou país, é denominado migração externa. As migrações podem ser voluntárias ou forçadas; as migrações voluntárias advêm do desejo de mudança e de melhoria da condição de vida, por parte dos migrantes. Já nas migrações forçadas há a necessidade de abandono de um lugar, como no caso dos asilados, exilados, os desterritorializados (PEREIRA & MOCHIZUKE, 2013).

No Brasil, a legislação assegura aos cidadãos o direito de ir e vir, migrar em busca de melhores condições de vida, bem como o direito à saúde. Se por um lado o direito é assegurado constitucionalmente, por outro, a busca pelo mesmo pode vir a ser um problema, em especial, nos casos de migração internacional que ocorrem nos países de fronteira.

Autores como Dal Prá (2007) destacam que a migração que ocorre entre os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) tem como importante fator motivacional o direito assegurado à saúde constitucionalmente, além da busca por melhores condições de vida e poder econômico.

Contudo, os fluxos de migrações, oneram de maneira suntuosa os gastos públicos com saúde, acarretando em dificuldades para os gestores, em especial aos municipais, pois parte do financiamento relativo à saúde é

feito com base *per capita*, de maneira onde é excluído o planejamento e a programação da população a itinerante (GIOVANELLA et al, 2007).

O Estado por meio do desenvolvimento de políticas públicas, tenta resolver os problemas sociais, principalmente os ligados à saúde, implementando medidas e ações que possam promover melhorias (ACÚRCIO, s/d).

Este artigo visou aproximar-se de algumas políticas públicas que tem por finalidade a garantia do atendimento em saúde aos estrangeiros em solo brasileiro e os encaminhamentos atuais que estão sendo propostos para o financiamento destes atendimentos. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, através da verificação e comparação de textos de livros e artigos de revistas científicas.

### **Saúde: Direito garantido pela legislação**

No Brasil, em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que atribuía ao Ministério da Saúde ações de caráter e de interesse coletivo, enquanto que ao Ministério da Previdência ficava a responsabilidade do atendimento individualizado. Já em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINAPS), que tinha como função a regulamentação do SNS, contudo apenas os trabalhadores que contribuía com o Sistema Nacional de Previdências tinham o direito à assistência médica hospitalar de maneira individualizada, enquanto a saúde coletiva era considerada ação de todos, demonstrando falta de integração e uma não unificação destes atendimentos (JÚNIOR & JÚNIOR, 2006).

O INAMPS, criado na década de 80 iniciou um processo de integração da rede pública que levaria a dissolução das diferenças de clientelas. Mas a persistência da crise financeira da Previdência Social propiciou em 1981, a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária que tinha como função reorganizar um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, que contemplava algumas propostas da Reforma Sanitária, então o CONAPS criou dois importantes programas de saúde, o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social

(SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). (JÚNIOR & JÚNIOR, 2006)

Em 1986, a Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 a 21 de março, tornou-se um marco orientador para as mudanças que o sistema de saúde brasileiro mostrava como necessárias, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), promoveu uma intensificação do processo de descentralização e universalização (BRASIL, 2002). Na Conferência foi aprovada a construção de um Sistema Único de Saúde, separado completamente da Previdência, com um novo arcabouço institucional. O SUDS também tinha como princípios a “universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária” (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS e reconheceu a saúde como direito garantido pelo Estado. O artigo 196 registra esse direito, ao afirmar que “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, 2012). Ainda no texto constitucional o Art. 6º que garante o atendimento aos desamparados como um direito social.

Vale ressaltar o Art. 198 da Constituição Federal que define o SUS do seguinte modo (BRASIL, 2012, p117):

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Com a reflexão sobre estes artigos, pode-se concluir que a Constituição Federal de 1988 criou um sistema que deve ser organizado por uma rede de saúde regionalizada, descentralizada e hierarquizada que esteja sob o controle de seus usuários e principalmente, o **direito de acesso aos serviços de saúde para quem necessitar deles**. Portanto não havendo distinção ou discriminação de gênero, raça ou nacionalidade.

Baseado nestes preceitos constitucionais, a implementação do SUS, se norteia por seus princípios doutrinários, a Universalidade, que garante a atenção de saúde pelo sistema a qualquer cidadão. A Equidade, que garante ações e serviços de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade requerida por cada caso, ou seja, todo cidadão é igual perante o SUS, e será atendido conforme suas necessidades. A Integralidade, que considera todo indivíduo como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, onde a unidade prestadora de serviço deve ser capaz de prestar atendimento integral, respeitando uma visão holística (CARVALHO & BARBOSA, 2010).

Os autores CUNHA & CUNHA (1998, p. 3) sintetizam todo este processo nas seguintes linhas:

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS.

Para gerar um processo de descentralização do SUS e a fim de garantir a participação da população no sistema de saúde público foram criadas também a Lei 8.142 e a Lei 8.080. Vale ressaltar que a própria Lei 8080 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), de 19 de setembro de 1990 que regula as ações e serviços de saúde, em seu Artigo 2º, garante a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e ainda de assegurar acesso universal e de maneira igualitária (FIGUEIREDO, 2009). Já, a Lei

8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta Lei instituiu as seguintes instâncias colegiadas em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Desde então a operação do sistema e relação entre os administradores passou a ser tratada por meio das portarias do Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas dos SUS (NOB-SUS) (BRASIL, 2002). As NOB normatizam os preceitos da legislação que regulamentam o SUS, reforçam por diversas vezes os conceitos supracitados, e tem como principais objetivos a promoção e a integração entre as três esferas de governo, alocação de recursos e a transferência de responsabilidades pelo SUS aos governos municipais e estaduais. Destacam-se como principais, três NOB-SUS:

A NOB 1991 relativa à remuneração dos prestadores de serviço, levou a uma uniformização do sistema de pagamento por serviços prestados por entidades públicas e privadas, registradas através de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e controladas através de sistemas de informação de transferências (SIH/SUS) (BRASIL, 2011).

A NOB 1993 criou as Comissões Intergestoras Bipartite (esfera estadual e municipal) e Tripartite (esferas federais, estaduais e municipais). Por meio desta NOB estabeleceu-se a gestão semiplena do município com a criação de mecanismos de transferências fundo a fundo e a criação do repasse do governo federal ao estado, denominado Fator de Apoio ao Estado (FAE), além da criação do Sistema de Informação Ambulatorial, responsável pelo cadastro e controle orçamentário deste tipo de atendimento (BRASIL, 2011).

Já a NOB 1996, foi a que mais contribuiu com a diretriz da descentralização, pois divide as responsabilidades entre as esferas de maneira a integrar e organizar o sistema, criando ainda o Piso de Atenção Básica que estabelece um valor *per capita* para financiamento das ações, o Programa de Pactuação Integrada, o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde que são lançados como uma

estratégia de mudança do modelo assistencial, além habilitar os municípios para um tipo de gestão, reforçando assim sua responsabilidade na transferência fundo a fundo (BRASIL, 2011).

Em janeiro de 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01), e, por conseguinte, em fevereiro do ano posterior a NOAS 2002 (BRASIL, 2011) que avançou consideravelmente quanto aos aspectos relacionados à regionalização.

No entanto, mais recentemente, como resultado de discussões do Conselho Nacional de Saúde, surgiu o Pacto pela Saúde que objetiva a melhoria dos serviços ofertados à população, além da garantia de acesso à saúde por todos. A Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 que o definiu o Pacto pela Saúde da seguinte forma (BRASIL, 2011, p. 63):

O Pacto pela Saúde que reafirma princípios, consolida processos, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), e possibilita a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão a ações e serviços de saúde.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7508, que regulamenta a Lei nº 8080/90 e propõe regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente, visando dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados, em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Este Decreto assinala que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São as portas de entrada na Rede de Assistência a Saúde, os serviços de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

**Mas, e o direito à saúde do cidadão estrangeiro em solo brasileiro?**

Mesmo sendo elevada a procura dos atendimentos em saúde por parte dos estrangeiros, podendo ser classificadas em frequente ou muito frequentes, não existem estudos que as quantifiquem. Sabe-se que 69% dos municípios de fronteira no Brasil não registram os atendimentos prestados, os demais realizam estimativas mensais (GIOVANELLA et al, 2007).

Em relação ao direito do estrangeiro em solo brasileiro tem-se a Lei Nº 6.815/80 conhecido como Estatuto do Estrangeiro (BRASIL, 1980) que regulamenta a situação jurídica de pessoas estrangeiras em solo brasileiro que em seu Art. 95 garante:

#### TÍTULO X

##### Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro

Art. 95. O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis.

Contudo, nos casos específicos de município de fronteira internacional, como diversos municípios brasileiros que tem fronteira com países vizinhos, tais atendimentos refletem na organização e no desenvolvimento das ações de saúde, gerando uma sobrecarga das redes de atendimento, pois, como lembram AMARAL & CARVALHO (2013), a política de saúde é planejada e desenvolvida para a população local, não levando em consideração a necessidade de atendimento aos estrangeiros.

A finitude de recursos financeiros seja pelas dificuldades burocráticas ou organizacionais, ou de recursos humanos, é outra dificuldade, citada por FERREIRA (2004), disparando um alerta nas ofertas de serviço em saúde, afetando diretamente a capacidade e a qualidade dos serviços ofertados.

Numa revisão, pode-se observar a existência de alguns dispositivos legais que vem sendo construídos para atender a esta necessidade, entre estes foi desenvolvido em forma de política pública de saúde o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, através da Portaria GM 1120/05 (BRASIL, 2005) que viabiliza o desenvolvimento de ações com o acesso à saúde de pessoas que passam a residir em solo brasileiro (ALMEIDA PRADO, AMARAL, 2013).

O SIS FRONTEIRA tem como objetivo a consolidação e expansão da atuação do Ministério da Saúde em áreas de fronteiras, propondo ações

compartilhadas na área de saúde nas fronteiras, o desenvolvimento de um sistema de informação que fomente um sistema de cooperação; e a mobilização de gestores das áreas de fronteiras para que seja desenvolvido um sistema de cooperação. Uma das funções do SIS Fronteiras é dar continuidade a integração dos países da América do Sul, sendo uma resposta política para atenuação de problemas de saúde pública nas fronteiras, e tem como resultado final a organização dos sistemas locais de saúde (TAVARES et al, s/d).

Na mesma linha de raciocínio, como possibilidade de viabilizar a garantia de acesso à saúde de pessoas que passam a residir em solo brasileiro está a Lei 11.107/2005 (BRASIL, 2005), regulamentada pelo Decreto 6.017/2007, que possibilita a criação de consórcios binacionais:

Artigo 1º: § 1º Para o cumprimento de seus objetivos, o consórcio público poderá:

I – firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo.

Artigo 2º:

I - consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;

II - área de atuação do consórcio público: área correspondente à soma dos seguintes territórios, independentemente de figurar a União como consorciada:

a) dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

## CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS

### Seção I: Dos Objetivos

Art. 3º Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, admitindo-se, entre outros, os seguintes:

§ 2º Os consórcios públicos, ou entidade a ele vinculada, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS.

Visando a garantia deste acesso preconizado na Constituição Federal de 1988 e implementado em diversas legislações brasileiras, entre estas as supracitadas, está a experiência de consórcio binacional que

abrange a área da saúde realizado nas cidades Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR), Bom Jesus do Sul (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones-Argentina). Chamado de Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF) tem como objetivo promover o desenvolvimento regional, solucionar problemas comuns dos municípios envolvidos, realizar parcerias com fim de otimizar ações do executivo, realizar alianças que melhorem as prestações de serviços públicos nos eixos da saúde, educação e turismo, entre outros (RITTES, 2014).

Segundo Bemerguy (2014) o desenvolvimento dos Planos Plurianuais (PPAS) também se mostra relevante para o desenvolvimento local de cidades fronteiriças, pois contribuem para otimizar a obtenção de recursos federais, permitindo aos envolvidos captar políticas adequadas a seu planejamento e às necessidades de seus territórios (BEMERGUY, 2014).

Outra possibilidade se encontra também no Fundo para Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM) que financia programas para promover a convergência estrutural, desenvolver a competitividade; promover a coesão social, em particular das economias menores e regiões menos desenvolvidas; e apoiam o funcionamento da estrutura institucional e o fortalecimento do processo de integração, ações que facilitam a gestão municipal e auxiliam na busca de recursos financeiros que venham a suprir as necessidades econômicas regionais (BEMERGUY, 2014).

### **Porto Murtinho-Ms: Uma cidade de fronteira com experiência em convênio fronteiriço**

Localizada na região sudoeste do estado do Mato Grosso do Sul, Porto Murtinho tem como limite à esquerda o Rio Paraguai e a cerca de 50 km a montante do Rio Apa, estando a 437 km da capital do Mato Grosso do Sul.

Por fazer fronteira com o Paraguai recebe fortes influências do país vizinho, principalmente culturais. Os vizinhos paraguaios atravessam o rio constantemente atrás de trabalho, moradia e assistência médica, gerando um grave problema para o município (COELHO, 2011).

Para atender esta demanda local os municípios de Porto Murtinho (Brasil) e Carmelo Peralta (Paraguai), através de seus prefeitos, desenvolveram um acordo de atendimentos em saúde, chamado de Convenio Fronteiriço de Saúde (Figura 01), que garante o atendimento de cidadãos paraguaios mesmo estes não sendo registrados em sistemas de informação de saúde oficiais.

O convênio estabelece que os migrantes paraguaios devam ser primeiramente atendidos nos postos de saúde (Estratégia de Saúde da Família<sup>1</sup>, 2, 3 ou Unidade Básica de Saúde) de maneira a serem triados e suas patologias classificadas entre os graus leves a grave, e posteriormente encaminhados ao hospital municipal, onde de fato será efetivado o tratamento necessário. Contudo, este tipo de atendimento não recebe nenhum tipo de incentivo ou financiamento por parte do governo federal ou estadual, ficando custeado por recursos próprios do município. Mas, garante ao cidadão estrangeiro em solo de Porto Murtinho o atendimento à saúde que está disponível na cidade. No entanto, em caso de encaminhamentos de maior complexidade para municípios brasileiros de referência, o problema ainda persiste.



la ciudad de Carmelo Peralta a los veinte tres días del mes de marzo del dos mil y trece, en el local de Municipalidad se reúnen las siguientes personas: Prefeito de Porto Murtinho Dr. Heieter Miranda Dos Dantos, el Intendente Municipal de Carmelo Peralta Domingo Duarte, la Directora de la XVII Región Sanitaria Lic. Blanca Vacari, el Dr. Freddy vera, director de puesto de salud(Carmelo peralta), el Dr. Dalton Senise Pórtela, el sr Flavio Queiroz secretario de relaciones internacionales, el secretario de gabinete Ulpiano Jaquet, el cura párroco Armindo Barrios, el concejal municipal Eduardo Laguardia

Hizo uso de palabras el Sr Prefeito Municipal de Pto Murtinho Dr. Heitor Miranda Dos Santos, además el Padre Armindo Barrios, la Directora de la Región Sanitaria Lic. Blanca Vacari, el Intendente Municipal de Carmelo Peralta Domingo Duarte, el Sr Flavio Queiroz, abordándose temas de interés para ambos Municipios, finalmente se trato específicamente el "CONVENIO FRONTERIZO DE SALUD" firmada por los Municipios del Alto Paraguay y Puerto Murtinho en donde se resolvió que la atención a los pacientes que van a ser atendidos en el Hospital de Porto Murtinho primero pasen por el Puesto de Salud local de modo a ser portador de una referencia en la que conste la dolencia que padece, debiendo esta dolencia ser de leve a grave, en caso de no ser portador de dicha referencia médica o del servicio no será recibido por el Hospital de Puerto Murtinho.

No habiéndose otra cosa que tratar se da por terminada la reunión de trabajo, firmándose al pie demostrando así la conformidad.

André Luiz Mattos  
EDUARDO LAGUARDIA  
Concejal Municipal

Figura 01: Convenio firmado entre os prefeitos da cidade de Porto Murtinho – Brasil e Carmelo Peralta – Paraguai.

### Considerações Finais

Como visto, a saúde é um direito universal e igualitário, devendo estender-se aos estrangeiros em solo brasileiro. O SUS por meio dos seus princípios reafirma o direito à saúde e estabelece sua organização para que o dever do Estado seja cumprido, não excluindo nenhum tipo de pessoa.

Contudo, nos casos específicos de município de fronteira internacional, como diversos municípios brasileiros que tem fronteira com países vizinhos tais atendimentos refletem na organização e no desenvolvimento das ações de saúde.

Experiências como as desenvolvidas na fronteira de Paraná, Santa Catarina e Argentina, além de possuir amparo legal, tem se mostrado como um avanço das políticas públicas voltadas para a saúde, em especial, pelo fato de que em seu Artigo 1º está previsto o recebimento de auxílios e contribuições econômicas de órgãos governamentais ou não, possibilitando que cada gestor municipal possa desenvolver ações específicas ao seu município, tendo em vista que cada fronteira possui uma realidade particular e diferente, mesmo quando comparada a outra cidade fronteiriça.

Embora o SUS tenha avançado ao longo dos anos desde a sua criação, há muito ainda que se instituir na implementação de políticas que assegurem o direito à saúde em situações tão complexas como as dos casos de estrangeiros em solo brasileiro. Experiências como a de Porto Murtinho merecem maior apoio governamental para auxiliar na transformação de um CIF, e assim possibilitar a viabilização de recursos específicos para o atendimento aos estrangeiros, acordo binacional passível de financiamento, o que adequaria às necessidades municipais econômicas no que tange a assistência à saúde.

Uma nova reorganização do sistema de oferta de saúde deve ser colocada em prática, visando suprir as necessidades das regiões fronteiriças. Devem ser quebradas barreiras burocráticas que restringem os atendimentos em saúde dos estrangeiros e desenvolvidos novos dispositivos legais que assegurem o financiamento destes.

#### **Referências Bibliográficas**

ACÚRCIO, F.A. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.** s/d. Disponível em: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm> Acessado em 23 de abril de 2013.

ALMEIDA PRADO, C. M.; AMARAL, A. P. M. **Direito Fundamental à Saúde dos Trabalhadores Transfronteiriços nos Acordos Internacionais.** In: Direito do Estrangeiro ao Sistema Único de Saúde: um olhar para as fronteiras do Mato Grosso do Sul. Ed UFMS, 2013.

AMARAL, A. N. M.; CARVALHO, L. C. **Direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde**: um olhar para as fronteiras do MS. Campo Grande, MS; Ed. UFMS, 2013. 168 p.

BEMERGUY, E. **Estratégia de desenvolvimento, Faixa de Fronteira e integração sul-americana**. In: Seminário Internacional de Regiões de Fronteira, 2014, Brasília. Disponível em: <[http://www.dialogosfederativos.gov.br/seminario/documento/mesa\\_04/Estrategia\\_Developimento\\_Fronteira\\_Integracao\\_Sul-americana.pdf](http://www.dialogosfederativos.gov.br/seminario/documento/mesa_04/Estrategia_Developimento_Fronteira_Integracao_Sul-americana.pdf)>. Acesso em: 11 de junho de 2014.

BRASIL, **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

BRASIL, **Lei nº 11.107, de 06 de Abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm)>. Acesso em 19 de Abril de 2014.

BRASIL, **Lei nº 6.815, de 19 de Agosto de 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6815.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm)>. Acesso em 02 de fevereiro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 52p.

BRASIL, **Portaria nº 1.120/GM de 06 de Julho de 2005**. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1120.htm>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a, Seção 1.

CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

COELHO, F. **Da guarânia à chipa**. Disponível em: <<http://paraguaitete.wordpress.com/2012/03/07/blog-de-demostenes-da-guarania-a-chipa>>. Acesso em 10 de Maio de 2014.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde - SUS**: princípios. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DAL PRÁ, K. R. D. ; MENDES, J. M. R.; MIOTO, R. C. T. O. **Desafio da Integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: S167-S173 ,2007.

FERREIRA, A. S. **Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 9(1):69-76, 2004.

FIGUEIREDO, M.F. **Direito à saúde**: Leis nº 8080/90 e 8142/90. Editora Podivm. Vol 20. 2009.13-18p

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M .R.; LOBATO, L. V. C.; DAMACENA, G. N. **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.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266, 2007

JÚNIOR, A.P.; JÚNIOR, L.C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, V.8, N.1, P13-19. Dezembro 2006.

PEREIRA, C. R.; MOCHIZUKE, K. C. **Tráfico de pessoas, migração e sustentabilidade humana.** Revista do Ministério Público do Trabalho de Mato Grosso do Sul. N. 7. Campo Grande, MS, 2013.

RITTES, A. **Consórcio Intermunicipal da Fronteira: caderno das ações integradas.** In: Seminário Internacional de Regiões de Fronteira, 2014, Brasília. Disponível em: Disponível em: <[http://www.dialogosfederativos.gov.br/seminario/documento/mesa\\_02/Consortio\\_Intermunicipal\\_Fronteira.pdf](http://www.dialogosfederativos.gov.br/seminario/documento/mesa_02/Consortio_Intermunicipal_Fronteira.pdf)>. Acesso em 12 de junho de 2014

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado:** fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6. ed. 1.reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012. 11 – 19 p.

TAVARES, A.G.; CARDOSO, D.M.; ASSIS, E.C.; SOUZA, T.B.F.; BRITO, L. **Desafios da Saúde Pública nas Fronteiras do Brasil: a Experiência do Projeto SIS Fronteiras no Pará.** In: Seminário Internacional de Regiões de Fronteira, 2014, Brasília. Disponível em: <<http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT14-120-443-20080509182510.pdf>>. Acesso em 16 de junho de 2014.