

REVISTA  
**DIREITO SEM  
FRONTEIRAS**

I. DOUTRINA NACIONAL

**4**

**DIREITO À SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DO SUS:  
RESTRICÇÕES IMPOSTAS À POPULAÇÃO ESTRANGEIRA DA TRÍPLICE  
FRONTEIRA**

**THE RIGHT TO THE HEALTH AND ACCESS TO SUS:  
RESTRICTIONS IMPOSED ON THE FOREIGN POPULATION OF THE  
TRIPLE BORDERLAND**

*Rodne de Oliveira Lima<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Sociólogo e advogado. Doutor em Sociologia. Professor-Adjunto da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Autor radicado no Brasil. E-mail: rodne.lima@unila.edu.br.

**Como citar este artigo:**

LIMA, Rodne de Oliveira. **Direito à saúde e acesso aos serviços do sus: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira.** Revista Direito Sem Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu. Edição Especial. 2017; v. 1 (3): 61-77.

## RESUMO

Este artigo analisa as restrições de acesso aos serviços de saúde impostas aos usuários estrangeiros e aos usuários brasileiros residentes no exterior pela gestão local do SUS no Município de Foz do Iguaçu. Analisa, sucessivamente, a proteção do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, sintetizando os principais aspectos da legislação em vigor; o contexto de funcionamento dos serviços de saúde no município, situando-o na área de abrangência da tríplice fronteira e sintetizando as práticas administrativas que sobre ele influem; as medidas restritivas de acesso ao estrangeiro historicamente adotadas pela municipalidade; o conjunto atual de litígios judiciais propostos em face do Município de Foz do Iguaçu em torno do tema do direito à saúde; e os mecanismos de financiamento dos serviços governamentais de saúde, em especial para pagamento dos serviços prestados aos usuários residentes no exterior. Ao final, sugere a organização de uma região fronteiriça de saúde na zona trinacional, como perspectiva de solução para os problemas relatados.

**Palavras-chaves:** Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde na Fronteira.

## ABSTRACT

This article analyzes how access restrictions to health services imposed on foreign users and Brazilian users residing abroad by local SUS management in the Municipality of Foz do Iguaçu. It analyzes, in turn, the protection of the right to health in the Brazilian legal system, summarizing the main aspects of the legislation in force; the context of the functioning of health services in the municipality, placing it within the scope of the triple border and synthesizing the administrative practices that influence it; the restrictive measures of access to the country historically adopted by the municipality; the current set of judicial litigation proposed against the Municipality of Foz do Iguaçu on the subject of the right to health; and the financing mechanisms of government health services, especially for payment of services provided to users residing abroad. In the end, it suggests the organization of a frontier region of health in the trinational zone, as a perspective of solution to the reported problems.

**Keywords:** Right to Health. Brazilian National Health System. Access to Health Services. Health at the Borderland.

## INTRODUÇÃO

A equalização das demandas sociais na região da tríplice fronteira Brasil – Paraguai – Argentina constitui vultoso desafio ao processo de integração do MERCOSUL. O lento progresso no processo de integração do bloco decorre das disparidades econômicas e sociais dos países que o constituem. Para além da uniformização de políticas econômicas, a vitalidade do MERCOSUL depende da progressiva implementação de processos de desenvolvimento que estendam às regiões

mais pobres novas capacidades de produção de riquezas e substanciais melhorias nas condições de vida da população.

Sob essa ótica, a análise dos sistemas de saúde e das condições de acesso da população trinacional aos serviços de saúde ofertados pelo setor governamental, ao mesmo tempo em que evidencia os limites atuais, apresenta novas possibilidades para o processo de integração no campo social. A superação desses limites e a implementação dessas novas possibilidades depende, no presente momento, de decisões políticas que envolvem, além das autoridades centrais dos países signatários do MERCOSUL, o comprometimento dos governos locais da região da tríplice fronteira.

Neste trabalho são analisadas as restrições de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) impostas às populações paraguaia e argentina, e levada a termo por sucessivas gestões do setor saúde no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. Iniciando-se pela análise da estrutura normativa do SUS, o estudo aqui desenvolvido objetiva demonstrar a incompatibilidade dessas restrições com as normas jurídicas protetoras da saúde no Brasil, bem como avaliar a possibilidade de evolução das estratégias de gestão na saúde municipal de Foz do Iguaçu, alcançando-se no futuro a cobertura universalizada preconizada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Nacional 8080/1990).

## 1. PROTEÇÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A proteção constitucional do direito à saúde foi uma das novidades introduzidas no ordenamento jurídico brasileiro pelo texto da Constituição Federal de 1988, sob influência da Carta portuguesa de 1976 (SILVA, 2006). Antes de sua promulgação, o que se encontra na história constitucional brasileira são normas disciplinadoras de direito da saúde, fundadas nas concepções da *medicina urbana*, em especial no período republicano. A Carta outorgada em 1934 foi a que mais chegou de declarar o reconhecimento do direito à saúde, regulando a prestação de assistência médica no âmbito da previdência social. No entanto, a constituição polaca não reconheceu o direito à saúde no escopo da saúde pública, nem criou qualquer dever estatal destinado à proteção da saúde da população em geral (FONSECA, 2007). Nisso, foi seguida pelas constituições de 1946, 1967 e 1969 (PINHEIRO & ROMERO, 2012; BONAVIDES & PAES DE ANDRADE, 2004).

A Lei Fundamental brasileira de 1988 dotou de proteção jurídica constitucional o direito à saúde, notadamente – mas não exclusivamente – nas disposições dos artigos 6º e 196.

Dizia o artigo 6º, em sua redação original: “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). A qualificação de direito social conferida à saúde no texto constitucional de 1988 acarreta importantes implicações para a interpretação e aplicação das normas constitucionais e legais destinadas à sua proteção. Com efeito, tal qualificação:

a) implica em que a saúde, como bem jurídico relevante, encontra-se relacionada à dimensão material do direito à igualdade, disso decorrendo, de um lado,

o dever estatal de realizar prestações positivas que objetivem a concretização do direito à saúde de todas as pessoas, no âmbito individual e coletivo, independentemente de sua condição econômica; e, de outro, o dever estatal de realizar políticas de saúde em consonância com o propósito do desenvolvimento nacional, buscando especialmente erradicar as iniquidades em saúde e combater todas as formas de desigualdades tendentes a agravar a situação de saúde da população;

b) implica em que a proteção da saúde, como direito coletivo, constitui aspecto indissociável do objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” (BRASIL, 1988), conforme o disposto no artigo 3º, inciso III, da Constituição Federal;

e

c) implica em que a atuação estatal para a proteção material e jurídica do direito à saúde, nas suas dimensões individual e coletiva, encontra-se vinculada à norma do artigo 3º, inciso IV, da Constituição Federal, devendo ser realizada em consonância com o objetivo fundamental da República de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

Aspecto relevante a ser ressaltado na qualificação da saúde como direito social é sua relação com os direitos sociais que lhe são conexos. Com efeito, o texto original já enumerava a proteção à maternidade entre os direitos sociais; por sua vez, a Emenda Constitucional 64/2010 acrescentou ao rol constitucional de direitos sociais o direito à alimentação. A concretização desses dois novos direitos sociais guarda estreita relação com a saúde, pois a adequada proteção à maternidade requer a adoção de políticas de saúde de atenção ao parto e ao nascimento e converge, em conjunto com a garantia de segurança alimentar da população, para o objetivo de propiciar a todos o mais alto nível de bem-estar físico, psíquico e social, que corresponde ao conceito ampliado de saúde.

Por sua vez, o artigo 196 da Constituição Federal declarou o reconhecimento do direito humano à saúde pela República Federativa do Brasil, nos seguintes termos: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ao incorporar expressamente à nova ordem constitucional o reconhecimento da saúde como direito humano, o legislador constituinte de 1988 impôs ao Estado brasileiro o dever jurídico de proteger a saúde de todas as pessoas que estejam sob sua jurisdição, independentemente de qualquer característica distintiva que possam possuir. Sendo a saúde um direito fundamental, garantido a toda pessoa humana, constitui dever estatal a correspondente prestação de ações e serviços que satisfaçam as necessidades de saúde da população. Por isso, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são destinados a todas as pessoas que deles necessitem, constituindo dever do Estado, nos três níveis de governo da federação brasileira, disponibilizá-los de forma universal e garantir a todos o acesso igualitário a eles (BRASIL, 1998; BRASIL, 1990). Não se mostram idôneas a limitarem o dever estatal de prestar serviços de saúde distinções tais como a raça, o sexo, a idade ou a condição social

da pessoa – nem tampouco sua origem, a situação de seu domicílio ou sua cidadania. Discriminações dessas ordens importam em violações do direito fundamental à saúde, constitucionalmente assegurado.

A interpretação acima enunciada sobre o direito à saúde na Constituição e na lei ordinária pode ser sustentada a partir de quatro fundamentos, encontrados na jurisprudência e nos diplomas normativos em vigor no Brasil.

Em primeiro lugar, observe-se a disposição tópica do artigo 6º da Constituição Federal de 1988. Ele inaugura o capítulo II do Título destinado à enumeração dos Direitos e Garantias Fundamentais. Os direitos sociais são, portanto, direitos fundamentais – isto é, direitos humanos de segunda dimensão, cujo reconhecimento foi expressamente formulado no texto constitucional. Além disso, a doutrina e a jurisprudência afirmam que os direitos fundamentais não se encontram exaustivamente enumerados no Título II da Constituição Federal, mas dispersos ao longo do texto constitucional (SARLET, 2012). Daí que, além do disposto no artigo 6º, também as disposições do artigo 7º, inciso XXII, e do artigo 196 – todas destinadas à proteção do direito à saúde, em suas dimensões individual e coletiva – qualificam-no como direito fundamental expresso na Constituição Federal, sendo-lhe afetas, entre outras, as características da inerência, da universalidade e da transnacionalidade.

Em segundo lugar, deve-se considerar a posição do Supremo Tribunal Federal (STF) acerca da aplicabilidade das garantias constitucionais de direitos fundamentais ao súdito estrangeiro sob jurisdição brasileira. Neste ponto, observe-se que o esclarecimento do significado da expressão empregada no artigo 196: “A saúde é direito de todos...” (BRASIL, 1988) só pode ser adequadamente alcançado mediante sua integração com a declaração contida no caput do artigo 5º da Constituição Federal: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza...” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a Segunda Turma do STF, decidindo sobre o direito fundamental à liberdade, firmou jurisprudência reconhecendo a igualdade jurídica entre brasileiros e estrangeiros, quanto à aplicabilidade dos direitos fundamentais garantidos na Constituição Federal (HC 94.106, julg. 16-09-2008). Em que pese a decisão firmada ter tratado da obrigatoriedade de abstenção, por parte do Estado, de atos atentatórios a direito fundamental de primeira dimensão, no que tange à igualdade jurídica das pessoas todos os fundamentos do acórdão são, *mutatis mutandis*, diretamente aplicáveis à proteção do direito fundamental à saúde de estrangeiro que se encontre em território brasileiro.

Adicionalmente, registre-se que a legislação infraconstitucional destinada à proteção do direito à saúde foi editada com normas que garantem sua proteção integral, sem distinção de qualquer natureza em relação a seu titular. Assim, o artigo 2º da Lei Nacional 8080/1990 declara que “A saúde é um direito fundamental do ser humano...” (BRASIL, 1990); o mesmo diploma legal, em seu artigo 7º, inciso I, registra como princípio do Sistema Único de Saúde a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990); e a Lei Nacional 13.445/2017 (Lei de Migração) garante aos migrantes em território nacional, em “condição de igualdade com os nacionais (...) acesso aos serviços públicos de saúde (...), sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017).

Por fim, também no plano internacional a República Federativa do Brasil é signatária de tratados que dispõem sobre o dever estatal de garantia e proteção à saúde de toda pessoa humana. Notadamente, a assunção de deveres estatais destinados à proteção do direito à saúde e à reparação de eventuais violações em face dele pode ser encontrada nos seguintes pactos internacionais de direitos humanos, aos quais aderiu o Estado brasileiro:

- a) Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948) – artigo 11;
- b) Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965) – artigo V;
- c) Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) – artigos 10, 11 e 12;
- d) Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979) – artigos 10 e 11;
- e) Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989) – artigos 3º, 17, 23, 24, 25, 32 e 39;
- f) Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006) – artigos 16, 25 e 26 (DIREITOS HUMANOS, 2013).

Esse conjunto de atos internacionais, já completamente incorporado ao direito interno brasileiro, enuncia deveres estatais que se estendem da obrigação de prestar serviços públicos de recuperação e proteção da saúde à obrigação de regular condutas privadas potencialmente perigosas para a saúde das pessoas, em suas dimensões individual ou coletiva; do dever genérico de proteção à saúde de todas as pessoas aos deveres especiais de proteção à saúde das crianças, dos idosos e das pessoas com deficiência; finalmente, do dever de garantir acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde ao dever de combater as iniquidades e desigualdades em saúde, mediante o implemento de políticas destinadas a promover as condições de saúde de populações historicamente preteridas em decorrência da raça, do sexo ou da condição social em que vivem.

É forçoso concluir que a existência dessas disposições no ordenamento jurídico brasileiro implica na impossibilidade de fixação de qualquer discrimine entre brasileiros e estrangeiros, residentes ou não no território nacional, quanto à oferta estatal dos serviços e ações de saúde no Brasil. Por mostrar-se injusta e por contrariar frontalmente os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, toda prática discriminatória na oferta estatal de serviços e ações de saúde viola as normas protetoras do direito à saúde, contradizendo ora normas de direito interno, ora normas de direito internacional recepcionadas no ordenamento jurídico brasileiro. Particularmente, vedações de acesso aos serviços e ações de saúde baseados na nacionalidade, na origem ou na situação de domicílio do usuário afrontam as disposições da Lei Orgânica da Saúde (art. 2º), da Lei de Migração (art. 4º, inc. VIII), da Constituição Federal (arts. 6º e 196), da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (art. 11), do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (arts. 11 e 12) – e, a depender das características de raça, sexo e idade, ou da condição de pessoa com deficiência do titular do direito violado, também os tratados internacionais destinados à proteção especial de seus direitos, dos quais a República Federativa do Brasil é signatária.

## 2. O DISCURSO OFICIAL E A PRÁTICA ADMINISTRATIVA EM SAÚDE PÚBLICA

Não obstante a dicção dos textos normativos, a implementação do dever estatal de proteção da saúde sofre mitigação concreta, mediante o recurso a variadas justificativas. Por esta razão, nas gestões locais do SUS tem se tornado comum a adoção de medidas administrativas tendentes a limitar à população residente nos municípios a prestação de serviços de saúde. Há até mesmo casos – ainda que raros – em que editou-se legislação municipal condicionando o acesso aos serviços de saúde locais à apresentação de comprovante de residência no município, ou à comprovação do domicílio eleitoral do usuário<sup>2</sup>. Esses fatos são exemplos do fenômeno da discriminação pela cidadania, cuja gênese histórica o jurista brasileiro Dalmo Dallari localizou no período final da Revolução Francesa, e que se presta ainda nos dias de hoje à instituição da injustiça legalizada na sociedade de classes (DALLARI, 2004). Recorrentemente, gestores e profissionais da saúde interpretam a expressão direito de todos, contida nos textos legais, com significado idêntico a direito do cidadão, adotando assim limites arbitrários aos deveres estatais de garantir e proteger o direito à saúde.

A esse respeito, estudo sobre a diversidade ética e política nos perfis de atenção à saúde em municípios fronteiriços da região sul do Brasil indicou que gestores e profissionais dos serviços governamentais de saúde apontam a magnitude do ônus financeiro e a falta de reciprocidade dos sistemas de saúde de países fronteiriços como motivações justificadoras da imposição de barreiras ao atendimento de estrangeiros que cruzam a fronteira em busca de atenção à saúde. Na verdade, as justificativas apresentadas para a restrição ao atendimento de estrangeiros não residentes no país demonstram profundo desconhecimento da legislação sanitária brasileira e a ausência de capacidade técnica para lidar com as limitações estruturais dos serviços governamentais de saúde: “Os gestores e profissionais de saúde ressaltam não estarem informados ou não tomarem conhecimento das discussões em escalões superiores do governo. Alertam para o peso causado aos municípios para arcar com os custos financeiros dos atendimentos aos usuários não residentes, sendo esse o fator primordial para a negação do direito. A orientação de não atendimento por parte dos gestores foi uma das respostas explicativas para a não garantia dos direitos por apenas 3% dos respondentes. Parte das respostas contrárias à garantia do direito ao usuário não brasileiro é motivada por uma insuficiência do próprio sistema, que não atende, também, os brasileiros de forma satisfatória. Assim, parece não estar em jogo o fato de a pessoa ser estrangeira, mas essencialmente a debilidade das políticas de saúde brasileiras. Parte das explicações encontradas para o não atendimento sinaliza, ainda, motivações de ordem prática e até bastante pragmáticas, como a inexistência de equipamentos, a falta de recursos humanos, a insuficiência de vagas para consultas médicas, as filas, os horários não coincidentes, os atrasos nos repasses financeiros

2 Tais práticas não acontecem apenas nos municípios da região de fronteira. Em rápida consulta à rede mundial de computadores, é possível encontrar registros sobre a exigência de apresentação de título eleitoral para a marcação de consultas médicas na rede pública de saúde nos seguintes municípios: São Miguel do Iguçu (PR), Conceição do Jacuípe (BA), Magé (RJ), Alto do Rodrigues (RN), Capão Bonito (SP), Bacabal (MA). A prática contraria preceitos legais, e as próprias disposições constitucionais, mas tem sido adotada em municípios localizados em regiões de fronteira sob a alegação da limitação de recursos para os serviços governamentais de saúde. A esse respeito, ver TÍTULO (2013), PALUDO (2012) e PINHEIRO (2004).

e a “burocracia brasileira”. A não reciprocidade de atendimento em outros países igualmente é um dos argumentos para o não reconhecimento dos direitos à saúde dos estrangeiros não residentes” (NOGUEIRA, DAL PRÁ & FERMIANO, 2007, p. 232).

Neste contexto, observa-se historicamente a adoção de medidas excludentes de acesso aos serviços de saúde por parte de gestores do SUS no Município de Foz do Iguaçu. Segundo o discurso oficial, tais medidas se fazem indispensáveis, uma vez que o município está situado na fronteira mais populosa do país, na qual o fluxo fronteiriço de pessoas em busca de serviços de saúde mostra-se demasiadamente grande para a estrutura instalada de serviços governamentais de saúde.

De fato, a grande densidade populacional da tríplice fronteira origina forte pressão demográfica sobre os serviços de saúde da região. A tabela 1 registra o tamanho da população das localidades fronteiriças e a distância em que estão situadas, em relação ao município de Foz do Iguaçu:

**Tabela 1** – População residente nas localidades da tríplice fronteira – Brasil, Argentina, Paraguai

País	Localidade*	População	Distância de Foz do Iguaçu
Brasil	Foz do Iguaçu	264.044	---
	Santa Terezinha de Itaipu	22.992	23,2
	São Miguel do Iguaçu	27.461	41,3
Paraguai	Ciudad del Este	296.597	12
	Presidente Franco	95.933	10,5
	Hernandarias	78.356	18,5
	Mínga Guazu	84.410	30,6
	Los Cedrales	10.357	31,3
Argentina	Puerto Iguazu**	42.849	15,1
	População Total Residente na Tríplice Fronteira	922.999	---

**Fontes dos dados:** a) municípios brasileiros – IPARDES (2017); b) distritos paraguaios: PARAGUAI (2015); c) Puerto Iguazu (Misiones, Argentina) – MISIONES (2010).

\* Populações dos municípios brasileiros e distritos paraguaios estimadas para o ano de 2017.

\*\* População de Puerto Iguazu cf. Censo de 2010.

Conforme se pode observar, a população residente nas localidades da tríplice fronteira totaliza o montante superior a 900 mil pessoas. Além disso, a forte presença de população brasileira ao sul do departamento paraguaio de Alto Paraná (especialmente em Santa Rita e Naranjal) e ao norte do departamento de Itapúa (nas localidades de Naranjito e María Auxiliadora) faz crescer a pressão demográfica sobre os serviços governamentais de saúde de Foz do Iguaçu. O Plano Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu para o quadriênio 2010-2013 estimou em 460 mil o número de emigrantes brasileiros vivendo na fronteira leste da República do Paraguai (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

Na tríplice fronteira o fluxo transfronteiriço de pessoas em busca de serviços de saúde ocorre majoritariamente em direção ao Brasil. Esse fenômeno encontra explicação na desigualdade das condições de organização e funcionamento dos sistemas de saúde dos países fronteiriços. A excessiva fragmentação dos serviços de saúde na Argentina – que produz graves desníveis de equidade no sistema de saúde (PNUD, 2011) – e as graves limitações de acesso ao sistema de saúde paraguaio, organizado historicamente com base no atendimento à população economicamente integrada (ALUM & BEJARANO, 2011), fazem do Sistema Único de Saúde, instituído no Brasil e organizado sob os princípios da universalidade e da atenção integral, alternativa real de acesso aos serviços de saúde por parte da população fronteiriça.

Essas circunstâncias desencadeiam forte pressão de demanda sobre os serviços públicos de saúde em Foz do Iguaçu. Em resposta a ela, a gestão local do SUS tem protagonizado há anos a imposição de restrições de acesso aos serviços de saúde, ora impondo exigências adicionais (e ilegais) para o cadastramento de usuários no Sistema, ora adotando medidas administrativas proibitivas do acesso de estrangeiros aos serviços de saúde locais.

Com o intuito de elencar as medidas adotadas pelo poder público de Foz do Iguaçu para impor restrições ao acesso de estrangeiros aos serviços de saúde, durante o ano de 2016 e no primeiro semestre do ano de 2017, foi realizado levantamento empírico, mediante visitas às unidades de saúde municipais. Foram visitadas unidades básicas de saúde dos distritos sanitários Norte e Central, realizando-se o registro dos avisos públicos afixados em murais das unidades e das respostas fornecidas a pedidos de informação apresentados nos guichês de atendimento ao público. Com base nas informações obtidas, foram identificadas as seguintes medidas administrativas tendentes a limitar ou impedir o acesso da população estrangeira aos serviços de saúde de Foz do Iguaçu:

a) exigência da apresentação de visto de permanência no Brasil, temporário ou definitivo, para cadastramento do estrangeiro no Cartão Nacional de Saúde e para seu atendimento nas unidades básicas de saúde;

b) exigência da apresentação do Cadastro de Pessoa Física para inscrição da pessoa no Cartão Nacional de Saúde – o que supõe que a pessoa possua domicílio fiscal no Brasil e tenha se cadastrado na Receita Federal do país;

c) exigência da apresentação de faturas de serviços de fornecimento de água e esgoto, ou de faturas de fornecimento de eletricidade, ou de outras espécies de comprovantes de endereço em nome da pessoa solicitante do serviço de saúde, constando neles endereço localizado no município de Foz do Iguaçu;

d) centralização do cadastramento de usuários estrangeiros do SUS na sede da Secretaria de Saúde do Município de Foz do Iguaçu, separando esta atividade da rotina administrativa de cadastramento de usuários diretamente nas Unidades Básicas de Saúde;

e) encaminhamento de memorando firmado pelo Secretário Municipal de Saúde às Unidades Básicas de Saúde, proibindo o agendamento de consultas para pessoas estrangeiras no âmbito da atenção básica em saúde.

Além dessas medidas identificadas diretamente nos serviços de saúde, em consulta a matérias jornalísticas divulgadas pela sala de imprensa da prefeitura municipal no ano de 2016 foram encontradas repetidas declarações públicas das autoridades municipais nos anos de 2015 e 2016 externando a ameaça de apresentação de denúncia policial em desfavor do estrangeiro que tivesse ingressado ou permanecesse em situação irregular no Brasil, e que procurasse acesso ao sistema de saúde.

Evidentemente, esse conjunto de estratégias adotadas pelas gestões locais para a limitação de acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde encontra-se em desacordo com as disposições legais que regem o Sistema Único de Saúde. É preciso registrar que elas resultaram de um quadro administrativo caótico, no qual decisões teratológicas foram constantemente adotadas na condução dos serviços de saúde do município. O tema foi abordado em trabalho anterior, divulgado no XIV Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva (LIMA, 2017). O contexto administrativo local do Sistema Único de Saúde em Foz do Iguaçu no ano de 2016 podia ser sintetizado da seguinte forma:

I - paralisação dos concursos públicos para admissão de servidores e implementação de contratação de mão-de-obra terceirizada em grande escala, importando tal prática em fraude à regra constitucional da obrigatoriedade de concurso público para admissão de servidores e na terceirização ilícita da força de trabalho;

II – criação de vantagens trabalhistas para as corporações de servidores públicos sem prévia avaliação do impacto sobre a prestação de serviços nas unidades de saúde, impondo-se a redução do horário de funcionamento dos serviços em decorrência da diminuição da carga horária de trabalho dos servidores municipais;

III – generalização de práticas de corrupção na gestão local da saúde, ocasionando o desvio sistemático de recursos públicos e resultando no agravamento da situação financeira da municipalidade, com severa diminuição na disponibilidade de recursos para as ações e serviços de saúde – práticas que culminaram na prisão de dois secretários de saúde, do prefeito do município e de grande parcela dos vereadores do município.

Essas circunstâncias fáticas resultaram em severa diminuição da capacidade de atendimento nos serviços públicos de saúde de Foz do Iguaçu, na paralisação da Estratégia Saúde da Família no município, na redução das atividades de vigilância em saúde e no descumprimento dos deveres de atenção à saúde materno-infantil (LIMA, 2017). Como se observa, a imposição ilegal de restrições aos serviços de saúde do SUS a estrangeiros foi apenas mais uma dentre as sistemáticas violações do direito à saúde praticadas pelo poder público no quadriênio 2013-2016.

Não obstante, faz-se necessário ressaltar que a imposição de restrições de acesso aos serviços de saúde para pessoas estrangeiras não possui origem recente. Na verdade, remonta há pelo menos duas décadas e encontra-se naturalizada na cultura política de Foz do Iguaçu. Sucessivas administrações municipais têm lidado com a pressão demográfica da fronteira mediante a implementação de barreiras de acesso aos serviços de saúde, que importam em violação direta à legislação brasileira e acabam por viciar o processo de trabalho das equipes profissionais que atuam na ponta do sistema. Nesse sentido, observa-se também que a imposição de restrições de acesso aos usuários do SUS é vista pelas equipes profissionais como medida natural e necessária, e que o princípio da regionalização dos serviços é por eles constantemente invocado como justificativa para recusar o atendimento de usuários, estrangeiros e brasileiros, nas unidades de saúde em que atuam.

### **3. A CONTESTAÇÃO JUDICIAL ÀS PRÁTICAS DISCRIMINATÓRIAS EM SAÚDE PÚBLICA**

Os efeitos das estratégias de recusa à prestação de serviços de saúde adotadas pela gestão municipal de Foz do Iguaçu são percebidos especialmente na esfera dos serviços de atenção básica à saúde. A população, ao ver-se impedida de obter a assistência desejada, externaliza críticas ao governo responsável, e por vezes inicia mobilizações e protestos que visam superar as barreiras encontradas. Uma pequena parcela judicializa o litígio. Não obstante, o número de ações judiciais propostas no foro estadual e no foro federal em face do Município de Foz do Iguaçu, e que têm por objeto a exigência de prestação de serviços de saúde, tem aumentado consideravelmente nos últimos anos.

Em levantamento realizado junto ao Sistema PROJUDI do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, no mês de dezembro de 2017 foram encontradas 23 ações civis públicas em andamento nas varas da Fazenda Pública de Foz do Iguaçu, propostas em face da municipalidade. Realizando-se o mesmo levantamento junto ao Sistema E-PROC, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, foram encontradas outras 07 ações civis públicas da mesma natureza nas varas federais de Foz do Iguaçu. Todas essas ações têm por objeto o fornecimento de serviços de saúde, medicamentos ou outras prestações garantidas em lei, e que são sistematicamente recusadas pelo sistema de saúde local. Conta-se na casa das dezenas o número de ações judiciais propostas por usuários aos quais foram recusadas prestações similares, tanto no foro estadual, quanto no foro federal.

No já distante ano de 2006 o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou Ação Civil Pública em face do Município de Foz do Iguaçu, com o objetivo de garantir o atendimento a brasileiros e estrangeiros residentes no exterior, especialmente em território paraguaio (ACP 2006.70.02.007108-9). Da ação resultou sentença parcialmente procedente, com confirmação em segundo grau, declarando o dever estatal de atendimento a todas as pessoas nos serviços de urgência e emergência e a restrição desse dever ao atendimento a brasileiros ou a estrangeiros residentes no país, nos serviços de atenção básica.

A sentença e o acórdão mencionados foram firmados nos seguintes fundamentos:

a) a admissão da tese da *reserva do possível*, segundo a qual o dever estatal de concretização dos direitos fundamentais encontra limites na disponibilidade de recursos financeiros e materiais para a oferta de bens e serviços públicos;

b) a imprevisão, na época das decisões, de transferências de recursos financeiros ao ente federativo local, para custeio do atendimento a pessoas não residentes no país, nos serviços de atenção básica.

Atualmente, essa Ação Civil Pública encontra-se em tramitação junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), pendente o julgamento de recurso extraordinário proposto pelo Estado do Paraná (RE 764858-PR). O feito encontra-se sobrestado e submetido ao rito de julgamento dos Recursos Extraordinários Repetitivos, tendo em vista sua atinência a tema cuja repercussão geral foi previamente reconhecida pelo plenário da Corte (tema 6: dever do estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo). A perspectiva de reforma das decisões mostra-se a mais plausível, uma vez que a tese da *reserva do possível* foi repelida pelo STF em julgamentos precedentes sobre direitos sociais, e que a sistemática de financiamento do SUS prevê atualmente a possibilidade de transferências financeiras adicionais ao gestor local da saúde, quando os serviços de atenção operem o atendimento a usuários não residentes no país.

Na próxima seção será apresentada a sistemática de financiamento dos serviços de saúde prestados pelos setores governamental e complementar do Sistema Único de Saúde, avaliando-se, ao final, os efeitos das restrições impostas aos estrangeiros e as perspectivas de solução do impasse criado por essas medidas administrativas.

#### **4. MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS A USUÁRIOS DO SUS RESIDENTES NO EXTERIOR**

O financiamento dos serviços governamentais de saúde do SUS constitui responsabilidade solidária dos entes federados brasileiros. Nos termos da Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012b), todas as pessoas políticas devem reservar pisos mínimos de recursos orçamentários para investimentos no setor saúde, estabelecidos no artigo 198, inciso I, da Constituição Federal, e nos artigos 5º a 8º da Lei Complementar 141/2012:

a) a União Federal deve aplicar montante de recursos correspondente a, no mínimo, 15% da receita corrente líquida do exercício financeiro anterior, observando-se como piso o valor nominal empenhado em gastos com saúde no ano fiscal anterior, acrescido da variação do PIB brasileiro, sempre que esta se mostrar positiva;

b) os Estados federados devem aplicar o montante correspondente a 12% dos recursos oriundos da arrecadação do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e do Imposto Sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doações (ITCMD), deduzidas as parcelas transferidas aos municípios, além do Imposto Sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza que arrecadar, e das transferências de arrecadação que receber relativas à receita do Imposto Sobre Produtos Industrializados;

c) os Municípios devem aplicar o montante corresponde a 15% dos recursos oriundos da arrecadação do Imposto Sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), do Imposto Sobre a Transmissão Inter Vivos, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis (ITBI), do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), além do Imposto Sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza que arrecadar, e das transferências de arrecadação que receber relativas à receita do Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), ao ICMS e ao IPVA;

d) finalmente, o Distrito Federal deve aplicar o montante correspondente a 12% da arrecadação de recursos oriundos da instituição de tributos e do recebimento de transferências financeiras de competência idêntica aos Estados federados, acrescido de 15% da arrecadação de recursos oriundos da instituição de tributos e do recebimento de transferências financeiras de competência idêntica aos municípios.

Como a arrecadação tributária é descentralizada na federação brasileira, e o sistema de saúde deve ser gerenciado mediante comando único, o ordenamento jurídico prevê mecanismos de cooperação financeira entre os entes federados. A participação dos entes federados nos mecanismos de cooperação financeira para a saúde é obrigatória (SANTOS, 2012), e operacionalizada mediante a aplicação dos recursos destinados ao financiamento setor saúde mediante a transferência de recursos do Fundo Nacional e dos fundos estaduais para os fundos municipais de saúde. Para a realização dessas transferências, procede-se à combinação de critérios legais, conforme o determinado no artigo 17, *caput*, da Lei Complementar 141/2012: “Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal” (BRASIL, 2012b).

O parágrafo 1º do mesmo artigo de lei atribui à Comissão Intergestores Tripartite a competência para propor a metodologia de cálculo do rateio de recursos de transferência para a saúde, e ao Conselho Nacional de Saúde a competência para aprova-la. Para tratar da matéria, encontra-se em vigor a Portaria Ministerial 204/2007, com várias modificações nela introduzidas ao longo dos anos, instituindo blocos de financiamento, calculados com base em componentes fixos e variáveis. Em síntese, as normas infralegais estabelecem um duplo cálculo: para o custeio dos serviços de atenção básica, o rateio de recursos é realizado tomando-se por base o grau de descentralização dos serviços, os indicadores epidemiológicos e a densidade demográfica dos municípios destinatários (BRASIL, 2012a); para os demais blocos de financiamento, as metas-teto de recursos são estabelecidas levando-se em conta a complexidade e a dimensão da rede de serviços instalados, e o pagamento é realizado com base na tabela de remuneração de serviços do SUS.

A suplementação de recursos financeiros destinados ao custeio dos serviços de atenção básica ofertados a brasileiros e estrangeiros não residentes no país é responsabilidade da União Federal, que deverá destinar recursos do Fundo Nacional de Saúde para essa finalidade, e depende do atendimento ao contido no artigo 23, parágrafo 2º, da Portaria 940/2011, do Ministério da Saúde, que regula o processo de cadastramento

dessas pessoas no Sistema Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011a). Cadastrado o usuário como residente no exterior, possibilitará ao nível de gestão prestador do serviço a formalização do pedido de reembolso dos custos, segundo a tabela de remuneração do SUS, e a pactuação de metas para atendimento, nas regiões de fronteira. Também a Portaria Ministerial MS 399/2006 (cf. item 2.1) e o Decreto Presidencial 7508/2011 abordam o tema, ao regularem a constituição de regiões fronteiriças na sistemática de regionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011b).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção política pela imposição de barreiras de acesso aos usuários do SUS residentes no exterior gerou, ao longo dos anos, as seguintes consequências para a população usuária dos serviços governamentais de saúde em Foz do Iguaçu:

a) a marginalização da pessoa migrante, de nacionalidade brasileira ou estrangeira, que recebe constantes recusas na busca por atenção à saúde, muitas vezes recorrendo a falsas declarações sobre seu domicílio para obter o atendimento pleiteado;

b) o desencadeamento de falhas sistêmicas na prestação de serviços à população local, como resultado direto da disseminação de posturas restritivas de acesso entre gestores e servidores dos serviços de saúde, ocasionando elevada insatisfação por parte da população local;

c) o crescimento do número de litígios judiciais em torno do direito à saúde, redundando geralmente em condenação da municipalidade pelo Poder Judiciário, com os riscos inerentes de imposição de multas e obrigações de indenizar em seu desfavor;

d) a geração de fatores de instabilidade no processo de planejamento e gestão dos serviços governamentais de saúde, especialmente em decorrência da pressão política e jurídica sobre a gestão local, bem como em decorrência da necessidade de dar cumprimento a ordens judiciais que determinam a prestação de serviços para os quais não existe previsão orçamentária e financeira; e

e) a perda da chance de obtenção de recursos financeiros adicionais por parte do Município de Foz do Iguaçu, tendo em vista que os serviços governamentais passaram a não registrar a localidade de residência dos usuários com domicílio no exterior.

Finalmente, a prevalecer a postura restritiva de acesso aos serviços de saúde, historicamente adotada pelo poder público municipal, aguarda-se um aumento exponencial no número de litígios judiciais em torno do direito à saúde, em face do Município de Foz do Iguaçu, especialmente após a entrada em vigor da nova Lei de Migração (Lei Nacional 13.445/2017), que, como visto, trouxe disposição expressa a impedir a discriminação entre brasileiros e estrangeiros presentes no território nacional, no que tange ao acesso aos serviços de saúde (cf. art. 4º, inciso VIII).

Os mecanismos de financiamento disponíveis proporcionam à gestão local do SUS em Foz do Iguaçu a adoção de uma nova ótica no atendimento à população estrangeira que demanda os serviços de saúde locais. No quadro legal e administrativo apresentado, a constituição de uma região fronteira de saúde no âmbito da zona trinacional apresenta-se como oportunidade para a solução de problemas administrativos, com a observância dos direitos dos usuários do SUS e a afirmação da perspectiva política de integração social no âmbito do MERCOSUL.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALUM, J. & BEJARANO, M.S. Sistema de salud de Paraguay. **Revista de Salud Pública del Paraguay**, 2011, vol 1(1):13-25.

BONAVIDES, Paulo & PAES DE ANDRADE. **História constitucional do Brasil**. 5.ed. Brasília : OAB Editora, 2004.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 15-06-2017.

BRASIL, 1990. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 15-06-2017.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)

BRASIL, 2011a. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 940, de 28 de abril de 2011. **Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html). Acesso em 15-06-2017.

BRASIL, 2011b. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei n. 8080, 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**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

BRASIL, 2012a. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL, 2012b. Lei Complementar n. 141/2012. **Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm) Acesso em 12-10-2017.

BRASIL, 2017. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. **Institui a Lei de Migração**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm) Acesso em 12-10-2017.

DALLARI, Dalmo de A. **Direitos Humanos e Cidadania**. 2.ed. São Paulo : Moderna, 2004.

**DIREITOS Humanos**. 4.ed. Brasília, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2013.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Disponível em <http://www.pmf.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950> Acesso em 05-12-2017.

IPARDES (Instituto Paranense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Cadernos municipais**. Disponível em: [http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg\\_conteudo=1&cod\\_conteudo=30](http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30) Acesso em 05-12-2017.

LIMA, Rodne O. **Violações do direito à saúde perpetradas pelo poder público : o caso de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil**. Boletim ALAMES, ano 1, vol. 1, n. 1. Ciudad de México : ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2017. Disponível em: <http://www.alames.org/index.php/boletines/ano-numero-i-volumen-i-numero-1/129-violacoes-do-direito-a-saude-perpetradas-pelo-poder-publico-o-caso-de-foz-do-iguacu-parana-brasil> Acesso em 05-12-2017.

MISIONES. IPEC – Instituto Provincial de Estadística y Censos. **Censo 2010**. Disponível em: [https://docs.wixstatic.com/ugd/ae8294\\_a236d9747ff9469bb304a78d2f6ec526.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/ae8294_a236d9747ff9469bb304a78d2f6ec526.pdf) Acesso em 05-12-2017. Acesso em 05-12-2017.

NOGUEIRA, Vera M.R.; DAL PRÁ, Keli R. & FERMIANO, Sabrina. **A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S227-S236, 2007.

PALUDO, Monique. **PODE EXIGIR TÍTULO DE ELEITOR PARA TER ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE?** São Miguel do Iguaçu, 24 ago 2012. Disponível em: <http://moniquepaludo.blogspot.com.br/2012/08/pode-exigir-titulo-de-eleitor-para-ter.html> Acesso em 05-12-2017.

PARAGUAI. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Paraguay: Proyección de la Población por Sexo y Edad, según Distrito, 2000-2025. Revisión 2015**. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/proyeccion%20nacional/Proyeccion%20Distrital.pdf> Acesso em 05-12-2017.

PINHEIRO, Maria do Carmo G. & ROMERO, Luiz C. **Saúde como matéria de direito constitucional no Brasil**. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v.1, n.2, jul./dez. 2012. pp. 47-71.

**PINHEIRO: MP investiga exigência de título para atendimento em unidades de saúde.** Imirante.com, São Luís, 23 abr 2004. Disponível em: <http://imirante.com/maranhao/noticias/2004/04/23/pinheiro-mp-investiga-exigencia-de-titulo-para-atendimento-em-unidades-de-saude.shtml> Acesso em 05-12-2017.

**PNUD. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo.** Buenos Aires, PNUD, 2011.

**SANTOS, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 comentada.** 2.ed. Campinas, Saberes Editora, 2012.

**SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais : uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 11.ed. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2012.

**SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo.** 27.ed. São Paulo, Malheiros, 2006.

**TÍTULO de eleitor é exigido para marcação de consultas em Berimbau. Jacuípe Notícias.com,** Conceição do Jacuípe, 03 set. 2013. Disponível em: <http://www.jacuipe noticias.com/politica/setembro-2013/eleitor-sus.php> Acesso em 05-12-2017.

Artigo convidado, recebido em: 12/12/2017