

A DEFICIENTE COOPERAÇÃO NO COMBATE A COVID-19 ENTRE OS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA

THE DEFICIENT COOPERATION IN FIGHTING COVID-19 BETWEEN BORDER MUNICIPALITIES

Glênio Borges Quintana¹
UNISC

Ricardo Hermany²
UNISC

RESUMO

Analisa-se a situação dos municípios de fronteira no que diz respeito a seu desenvolvimento socioeconômico e garantias do direito à saúde, e também sobre as medidas de enfrentamento à COVID-19 nesta região. Assim, o trabalho se propõe a responder: existe cooperação em saúde no combate a pandemia causada pelo COVID-19 na fronteira? O estudo é realizado utilizando o método de abordagem dedutivo e de procedimento bibliográfico. Com isso, o artigo divide-se: primeiramente, aborda o direito à saúde, seu conceito e quando começou a fazer parte das normas brasileiras; em um segundo momento, estuda-se como foi mudando a legislação sobre as fronteiras ao passar das décadas e sua consequência nesta região; finaliza-se apresentando dados que indicam se houve algum tipo de cooperação em saúde entre os municípios de fronteira durante a pandemia da COVID-19. Conclui-se que, segundo pesquisa realizada consultando os gestores municipais desta região, que a cooperação existente é deficiente entre municípios de diferentes lados da fronteira. Desse modo, evidencia-se que se houver mais integração e trabalho em conjunto nessas localidades o direito à saúde pode ser melhor garantido a esta população.

Palavras-chave: Cooperação; COVID-19; Direito à Saúde; Fronteiras; Municípios de Fronteira.

ABSTRACT

The situation of border municipalities is analyzed with regard to their socioeconomic development and guarantees of the right to health, as well as measures to combat COVID-19 in this region. Thus, the work proposes to answer: is there cooperation in health in combating the pandemic caused by COVID-19 on the border? The study is carried out using the method of deductive approach and bibliographic procedure. Thus, the article is divided: first, it addresses the right to health, its concept and when it started to be part of Brazilian norms; in a second moment, it is studied how the legislation on borders changed over the decades and its consequences in this region; It ends by presenting data that indicate whether there was any type of cooperation in health between border municipalities during the COVID-19 pandemic. It is concluded that, according to a survey conducted in consultation with municipal managers in this region, that the existing cooperation is deficient between municipalities on different sides of the border. Thus, it is evident that if there is more integration and joint work in these locations, the right to health can be better guaranteed to this population.

Keywords: Cooperation; COVID-19; Right to health; Borders; Border Municipalities.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A realidade dos municípios de fronteira é deveras penosa no que se trata de políticas públicas, isso acontece, principalmente, pelo atraso histórico que esta região

¹ Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) (2022). Professor na disciplina de Previdência Complementar no curso de Pós-graduação em Direito previdenciário: Novas Tendências - UNISC, em parceria com Centro de Ensino Integrado Santa Cruz do Sul - CEISC. Professor da Pós-graduação em Direito Eleitoral na disciplina Participação da Mulher na política.

² Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003) e Doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (2003); Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (1999); Pós-Doutor na Universidade de Lisboa (2011); Professor da graduação e do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado/Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC; E-mail: hermany@unisc.br



sofreu ao longo dos anos e gerou barreiras para seu desenvolvimento em todos os setores com destaque para a área da saúde. Este cenário se agravou quando em 26 de fevereiro de 2020 foi registrado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, desde então começou a caminhada do país para tentar conter os avanços do vírus na sociedade e isso resultou em ações que mudaram a rotina das fronteiras brasileiras.

O estudo tem o propósito de demonstrar a importância do direito à saúde para a sociedade, e como sua garantia se torna ainda mais crucial em tempos de pandemia essencialmente para os municípios fronteiriços do Brasil e dos países vizinhos. Com isso, analisando dados sobre a cooperação nesta região, o artigo se destina a responder a seguinte questão: existe cooperação em saúde no combate a pandemia causada pelo COVID-19 na fronteira?

Dito isso, o trabalho é elaborado utilizando o método de abordagem dedutivo, tendo em vista que se parte de uma ideia geral, isto é, o direito à saúde, e a fronteira do Brasil em um contexto histórico e atual, indo para uma ideia menor, onde analisa-se os dados obtidos por uma pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios que fez perguntas aos gestores municipais desta região sobre a cooperação com seus vizinhos de outra nação. O método de procedimento utilizado é o bibliográfico, com consultas a doutrinas, sites e diplomas legais.

Assim, com o objetivo de responder o problema de pesquisa apontado, o artigo divide-se da seguinte forma: logo no início o artigo aborda o direito à saúde, seu conceito, o dever de sua garantia pelo Estado, seu contexto social e quando começou a fazer parte das normas brasileiras e das organizações internacionais; em um segundo momento estuda-se como foi mudando, tanto a forma como eram pensadas quanto a legislação sobre as fronteiras, inclusive sobre seu tamanho, ao passar das décadas e como isso afetou esta região; para finalizar apresenta-se dados que demonstram se houve, ou não, algum tipo de cooperação em saúde entre os municípios de fronteira visando melhor atender a população no enfrentamento a pandemia da COVID-19.



2. TODOS SÃO MERECEDORES DE SAÚDE

Quando se conceitua saúde pública se faz necessário, primeiramente, ter a consciência de considerar a conjuntura social, econômica, cultural e política. Ou seja, a saúde não é algo que possui o mesmo significado para todas as pessoas, sempre dependerá da época, da classe social, do lugar, dos valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas para sua promoção, proteção e recuperação (SCLIAR, 2007). A saúde depende de vários componentes de qualidade de vida, pois, o direito à saúde é um bem que devemos garantir e assegurar em toda sua complexidade, desde a assistência primária até aquela com mais dificuldade – e isso inclui os serviços de tecnologia desenvolvidos nessa área. Esse direito sendo assegurado deve, também, adequar-se a cada cidadão, o que abrange a promoção, a proteção e a prevenção (SILVA; JESUS; SANTOS, 2007).

Ao analisar-se a saúde, é comum dar uma conotação essencialmente individualista: o Estado possui o papel de protetor da vida do indivíduo contra as adversidades (epidemias, ataques externos etc.) ou simplesmente garantir a não violação à integridade física dos indivíduos (condenar atos de tortura e de violência física, por exemplo), tendo o dever de reparar o dano na ocorrência da violação desse direito (responsabilidade civil). Entretanto ela também conta com uma conotação social, o Estado busca a igualização social e isso inclui: prestar os serviços de saúde pública, fornecer medicamentos, construir hospitais em especial para ajudar as pessoas carentes. “Por tais razões, pode-se afirmar que o tema da saúde pública envolve uma das dimensões do mínimo existencial à dignidade da vida humana: a saúde” (RIBEIRO; LEAL, 2013 p.233). Indo mais além, é possível conectar a saúde com a democracia, vez que exige a participação de todos na gestão do sistema único de saúde, conforme determina o artigo 198, inciso III da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

À saúde possui dupla dimensão, respectivamente: uma subjetiva que diz respeito à própria qualidade de vida do indivíduo, titular do direito, e isso dá o caráter de direito público subjetivo, oponível contra o Estado – o que quer dizer que pode ser exigido por via judicial. E uma dimensão puramente objetiva, que exige do Estado



prestações positivas, como, por exemplo, oferecer determinados serviços, elaborar e executar programas e planos de saúde (BARROSO, 2003).

Portanto, espera-se do estado a adoção de ações efetivas para a sua promoção, proteção e recuperação como, por exemplo, a construção de hospitais, a contratação de médicos, a adoção de programas de vacinação, dentre outras ações. Porém, nunca devemos esquecer que o direito à saúde também se configura como um direito subjetivo público, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, uma vez que um cidadão ou a uma coletividade reclamem a ele o fornecimento de um medicamento determinado ou um certo procedimento cirúrgico. Desse modo, o direito à saúde é ao mesmo tempo um direito social e subjetivo, possibilitando o cidadão exigir do Estado medidas específicas em benefício de sua saúde, ou então, reivindicar que ele se abstenha de atividades que prejudiquem à saúde individual ou coletiva, como acontece nas exigências de não poluição do meio ambiente por exemplo (AITH, 2007).

Simultaneamente o direito à saúde possui um caráter de direito individual e de direito social ou coletivo. O primeiro se trata da questão da liberdade que concede o direito de escolha da sua relação com o meio ao qual se encontra inserido, isto é, a escolha do tratamento de saúde que a pessoa está disposta a se submeter. Com isso, o segundo fortifica a ideia de igualdade permitindo que, em favor de uma coletividade, o Estado possa articular determinadas ações como as de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica. Com esta lógica de equilíbrio entre liberdade e igualdade, o poder local, mediante participação popular, é o que se mostra com maior propriedade para resolver as demandas de saúde. Dessa forma, mesmo existindo uma definição universal – como no caso da OMS – e uma constitucional – como no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) –, a maneira como o direito à saúde é exercido depende de como cada lócus comunitário define quais são as ações prioritárias. O direito à saúde só pode ser verdadeiramente assegurado em uma organização estatal e social que favoreça o poder local, visto que a responsabilidade deve ser especificada para que o direito seja garantido de forma plena (DALLARI 1988).



Para Vieira (2013) não é o suficiente cuidar das pessoas que estão doentes ou buscar prevenir o mundo do surgimento de novas doenças, mas sim executar ações que promovam condições que proporcionem ao cidadão possuir saúde. O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente somente em 1948, quando houve a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Assim, a saúde deve ser pensada como um processo em construção e não como algo acabado, sendo influenciada pelo meio no qual o sujeito humano convive e pelas relações políticas, econômicas e sociais. Como algo em construção ou reconstrução, a abrangência de seu significado dependerá dos interesses e das forças sociais envolvidas no processo. Em consequência, o espaço saúde se qualifica como um ambiente onde a cidadania pode e deve ser exercitada, onde as forças sociais que compõe a Sociedade atuam para que ela venha representar não somente uma promessa, mas se concretize como um instrumento de resgate da dignidade humana (VIEIRA, 2013).

Todavia, no Brasil esse direito só foi inserido como direito a assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que acabava contemplando apenas uma parcela da população brasileira, aquela que era contribuidora com a previdência social, deixando a outra parte da população a assistência prestada pelas entidades filantrópicas. Nesse momento a saúde não era considerada um direito, mas na verdade um benefício previdenciário, como aposentadoria, auxílio-doença e outros (BRASIL, 2007). Ressalta-se que saúde nada mais era do que um bem que deveria ser adquirido como qualquer outra mercadoria dentro da estrutura do mercado capitalista na medida em que não era tratada como um direito social e fundamental do ser humano e nem mesmo como patrimônio coletivo da sociedade (VIEIRA, 2013).

Somente no ano de 1988, que pela primeira vez na história constitucional brasileira, a saúde foi inserida na Constituição Federal, seguindo as resoluções da Conferência de Saúde (BÜHRING 2016). Nas constituições brasileiras anteriores não havia garantia desse direito, no máximo cabia ao Estado cuidar da assistência pública e a prestação de assistência médica e hospitalar ao trabalhador se esse tivesse



filiação com o regime previdenciário³. A garantia do direito à saúde para todo e qualquer cidadão surgiu apenas no texto constitucional 40 anos depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos (BARROSO, 2003). Dessa maneira, não podemos cogitar que tenha existido um sistema público de saúde de caráter universal e fundamentado na participação democrática antes do processo de redemocratização do país.

O arranjo das prestações estatais em matéria de saúde, que a Constituição Federal impôs, de forma inédita, no Sistema Único de Saúde foi o desfecho dos aprimoramentos de modelos anteriores à Carta Magna de 1988 (BUCCI, 2006). Com um projeto de concepção em saúde pública, formado por um sistema único de caráter universal que perde os laços com o modelo privatizante, teve sua origem no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), responsável pela união dos novos movimentos sociais que inicializou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Ele se vinculou à construção engajada no processo de democratização do país, no entanto não ficou preso ao paradigma representativo, ao contrário, pleiteava a inserção da participação da comunidade nesse novo modelo sanitário (VIEIRA, 2013). Com a evolução das primeiras propostas técnicas em conjunto com a mobilização política e social do movimento pela democratização da saúde, o SUS é inscrito nos artigos 198 a 200 da Constituição, tendo como ideal alcançar o nível mais alto de garantia proporcionado pelo sistema jurídico brasileiro (BUCCI, 2006).

Com o fato de que foi pela sociedade, através do MRSB E RSB⁴, que foi proposto jurídica e politicamente o Sistema Único de Saúde, se torna coerente afirmar que o SUS é uma criação da sociedade. Um novo paradigma de saúde foi estabelecido dentro de um contexto de caráter comunitário e participativo. Logo, com a inserção da participação popular como condição para existência do SUS, os interesses coletivos foram respeitados e garantidos, a participação da sociedade na

³ “Aos outros, o destino seria a caridade, na qualidade de indigentes” (VIEIRA, 2013, p. 283).

⁴ “[...] sob a bandeira de Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, alcançando ser, ao início do processo de democratização, um ator político impossível de ser ignorado” (Fleury 1997, p. 29).



saúde não se estabeleceu como mera formalidade, mas sim como a própria essência de todo sistema, o que instituiu a saúde como um direito fundamental (VIEIRA, 2013).

Entretanto, a Constituição de 1988 tratou sobre a saúde em diversos momentos de seu texto, assim, não limitando a apenas um direito social, mas sim discriminando os fundamentos de como esse direito é exercido. Nesta lógica merece destaque: direitos dos trabalhadores urbanos e rurais que visam à melhoria da condição social (art. 7º, incisos IV e XXII); competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no que tange os cuidados da saúde (art. 23, inciso II); competência da União, dos Estados e do Distrito Federal para legislar concorrentemente sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24 inciso XII); competência dos municípios de prestar os serviços de atendimento à saúde (art. 30, inciso VII); intervenção da união nos estados e distrito federal (art. 34, inciso VII, “e”) e também nos municípios (art. 35, inciso III); a obrigação do ministério público de zelar pela garantia dos direitos (art. 129, inciso II); a consolidação da saúde (art. 194); um dos elementos da seguridade social (art. 195); o conceito do sistema único de saúde (art. 196); a relevância pública das ações e serviços de saúde (art. 197); os princípios do SUS (art. 198); assistência à saúde empenhada pela iniciativa privada (art. 199, § 1º); as competências do SUS (art. 200); e o dever da família, da sociedade e do Estado em garantir o direito à saúde à criança e ao adolescente (art. 227)(BRASIL, 1988; VIEIRA, 2013).

O SUS apresenta um caráter distinto, pois é um programa que não almeja resultados sociais em tempo e quantidade pré-determinados, mas sim uma nova conformação de nível estrutural para o sistema de saúde, com o intuito de coordenação da atuação governamental nos diferentes níveis federativos no país – previsto no art. 198 da Constituição Federal como “rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 1988). Dessa maneira se a realização de três diretrizes: descentralização; atendimento integral prioritariamente preventivo e participação da comunidade (BUCCI, 2006).

Quando esta política pública foi criada, estabeleceu-se que os entes federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios), compartilham responsabilidades e obrigações, querendo com isso, promover uma política de saúde



em âmbito nacional (GUINZANI; FELÍCIO, 2015). O SUS certifica o acesso universal e igualitário a todos, sendo que o sistema foi implementado de maneira regionalizada e hierarquizada, de modo que cada ente detém suas atribuições definidas pela lei 8.080/90 com funções e competências específicas determinadas entre si (BRASIL, 1990).

Neste mesmo viés, Marta Arretche (2006) ressalta que as relações verticais na federação brasileira – no sentido de seguir a linha: governo federal com estados e municípios; e dos governos estaduais com os municípios – tem por marca a autonomia, ou seja, estados e municípios são entes federativos que alicerçam suas competências diretamente da Carta Constitucional. De modo geral, as garantias constitucionais do Estado federativo outorgam aos governos locais o direito de estabelecerem sua própria agenda na área social. Portanto, todo ente federal está constitucionalmente qualificado para criar seus programas nas áreas de saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento (ARRETCHE, 2006).

O Brasil, com o fato de não poder contar com a integralidade dos recursos que precisa para que a saúde pública possa ter plena atuação, foi criado um modelo de organização federativa que é citado como exemplo para outros países, tendo sido arquitetado através de intensos debates promovidos entre Estado e sociedade organizada. Diante disso, a gênese do SUS possui um caráter administrativo consolidado pela forma democrática como foi criado, tendo como seu propósito a busca cotidiana de apresentar respostas às necessidades que a população brasileira possui, e com o objetivo último de universalizar com eficiência e equidade o acesso de todo cidadão à saúde (SCHMIDT, 2006).

No entanto, nem sempre esse propósito consegue ser cumprido em sua integralidade, um país de dimensões gigantescas como o Brasil acaba por possuir regiões mais desafortunadas da atenção do Governo Federal exatamente por sua localização geográfica e seu distanciamento dos grandes polos comerciais. Uma região que passa por essa situação é a região de fronteira que, mesmo fazendo parte de uma grande extensão de terra, historicamente sempre teve seu desenvolvimento prejudicado em virtude da forma como foi tratada. E isso vai ser melhor explicado no capítulo seguinte.



3. O OLHAR SOBRE A FRONTEIRA PRECISOU MUDAR

Quando se iniciou a delimitação territorial brasileira, no século XIX até fins dos anos 1990, as fronteiras concentraram-se, sobretudo, em políticas voltadas para a segurança nacional. Merecendo ênfase a primeira legislação a tratar desta questão, a Lei 601/1890, que considerava a fronteira como uma área de segurança nacional e fixava uma faixa iniciando da linha divisória do país e adentrando seu território em dez léguas ao longo de toda nação. Seguindo essa ideia que, em 1927, o governo criou o Conselho de Defesa Nacional (CDN) para que fosse tratados assuntos referentes à fronteira⁵, órgão que foi substituído na Constituição de 1934 pelo Conselho Superior de Segurança Nacional (CSSN)⁶. Vale frisar que, gradualmente, desde a criação do CDN e do CSSN, a faixa de fronteira passou por alargamentos, pois de aproximadamente 66 km, em 1934, passou a ser de 100 km⁷ (ANDRADE; LIMA, 2018).

Contudo, no ano de 1937, o CSSN foi substituído pelo Conselho de Segurança Nacional (CSN), seguindo o mesmo formato anterior, adicionando unicamente a Comissão Especial da Faixa de Fronteiras. Já no ano de 1939, ao considerar a importância securitária das fronteiras, o Decreto Lei no 1.164, assinado no dia 18 de maio, também limita a participação de empregados naquela região a, no mínimo, dois terços de brasileiros, com a maioria de capital nacional. Portanto, é possível assegurar que a faixa de fronteira passou a ser cada dia mais compreendida como área de segurança nacional, sempre sujeita ao controle do Estado. Não obstante, a maior dificuldade desse tipo de abordagem recaí sobre as limitações de participação dos estrangeiros, impedindo assim a atuação conjunta e qualquer integração nessas áreas (FURTADO, 2013; SCHERMA, 2015).

⁵ Órgão composto por convidados da Presidência da República. Porém a responsabilidade de comunicações e arquivos era do Estado-Maior do Exército.

⁶ O CSSN era composto majoritariamente por militares, e o Estado-Maior do Exército continuava responsável pelos trâmites burocráticos (SCHERMA, 2015).

⁷ Conforme artigo 166 da Constituição Federal de 1934: “Dentro de uma faixa de cem quilômetros ao longo das fronteiras, nenhuma concessão de terras ou de vias de comunicação e a abertura destas se efetuarão sem audiência do Conselho Superior da Segurança Nacional, estabelecendo este o predomínio de capitais e trabalhadores nacionais e determinando as ligações interiores necessárias à defesa das zonas servidas pelas estradas de penetração” (BRASIL, 1934).



A alteração no trato das políticas com relação à faixa de fronteira é resultado da mudança na postura diplomática brasileira com seus vizinhos da América do Sul. Quando a percepção de ameaça ligada aos demais países foi reduzida, o Brasil buscou novas formas de relacionamento em suas fronteiras. Como primeira mudança nessa direção teve início justamente na aproximação do governo brasileiro com o governo argentino, afetando o Arco Sul da faixa fronteira – logo explicaremos mais sobre o que é o Arco Sul, assim como os demais arcos de fronteira. No ano 1979, solucionado o contencioso Itaipu-Corpus, atinente à construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu, Argentina e Brasil foram gradualmente estruturando uma base para a integração regional no Cone Sul (ANDRADE; LIMA, 2018).

Ademais em 1979, no que concerne ao Arco Norte, a preocupação com a segurança e proteção ao meio ambiente na região amazônica, que paulatinamente surgia como uma discussão na agenda global, levou Brasil, Colômbia, Equador, Peru, Suriname e Venezuela a concordarem em assinar o Tratado de Cooperação Amazônica (TCA). As nações que assinaram o ajuste asseguraram o direito sobre os recursos naturais oriundos da Amazônia, em um cenário de ascensão da agenda global de meio ambiente. O referido acordo surge como uma maneira de os países da região amazônica darem uma resposta aos discursos de internacionalização da Amazônia, ratificando a soberania antes de proposições de iniciativas de cooperação (MIYAMOTO, 2009; SANTOS, 2014).

Avançando alguns anos, em 1992, o assunto retorna à agenda da política externa brasileira na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio-92) e a Iniciativa Amazônica. Com a Rio-92, o Brasil conseguiu eliminar ameaças internacionais que pairavam sobre a região. Com esta iniciativa, o governo brasileiro passa a buscar, mais uma vez, o projeto de uma agenda positiva para os países da região (CERVO, 2002; HIRST, PINHEIRO, 1995). As ações resultaram na transformação do TCA na Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) no ano de 1998, garantindo assim uma personalidade jurídica internacional e inovadoras ferramentas para implementação das propostas do tratado.



Deste modo, as iniciativas de cooperação com países limítrofes nos arcos Norte e Sul afetaram a dinâmica de como o Brasil se relacionava com seus vizinhos. Por conseguinte, decrescia a desconfiança de uma suposta insegurança militar nessas áreas. Com o passar do tempo, outros projetos de cooperação regional com maior destaque na área de infraestrutura também afetaram o entendimento sobre as questões das fronteiras do país, como a Iniciativa para Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA), em 2001, o Fundo para a Convergência Estrutural do Mercosul (FOCEM), em 2004, e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e seu Conselho Sul-Americano de Infraestrutura e Planejamento (COSIPLAN), em 2008. De fato, esses projetos, muito embora com tenham passado por percalços no momento da implementação, transformaram o panorama de como o país concebia os espaços fronteiriços e a sua relação com os outros países da América do Sul (ANDRADE; LIMA, 2018).

Juntamente com esses acordos, nasceram novos programas que surgiram para a região de fronteira, sendo de forma mais massiva no fim da década de 1990. Vale apontar que até meados da década de 2000, as questões sobre políticas públicas orientadas a essa região seguiam tendo o tradicional foco em segurança e defesa, dentro daquela mesma concepção original de constituir uma área de restrição (NEVES, SILVA E MONTEIRO, 2016). A postura do Brasil foi gradativamente sendo mudada em decorrência das novas condições da política externa e da integração regional, consequência em uma nova fase, com atenção ao desenvolvimento regional. Aqui vale citar: o Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira (PDSFF), de 1999, que foi um importante marco de uma nova visão sobre as políticas para esta região, pois foi pioneiro em ser uma ação cuja principal vertente não era militar e abarcava toda a faixa de fronteira (SCHERMA, 2015).

Por outro lado, mesmo com seu ineditismo, o programa penou com diversas dificuldades que o impediram de chegar no seu propósito central de forma plena. Muito embora não seja errado considerá-lo um marco nas concepções de políticas de fronteiras do governo brasileiro, ele ainda demonstra fragilidades, como a não diferenciação entre sub-regiões de fronteira, o seu funcionamento apenas sob



demanda de parlamentares, a inexistência de mecanismos de participação formal da sociedade e as dificuldades técnicas nos municípios executores. (SCHERMA, 2015).

Por intermédio de estudos feitos pelo Ministério da Integração Nacional, entre os anos de 2003 e 2005, o programa é reorganizado e renomeado como Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF). A intenção dessa reorganização era centralizar e reestruturar as ações para a região fronteira do país por meio de bases de uma política integrada de desenvolvimento (Brasil, 2009). Porém, 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 para aprimorar a elaboração de políticas públicas para a região⁸.

A CDIF é a continuação das políticas de desenvolvimento regional que começaram no PDFF, mas também representa o encerramento do PDFF como programa. A CDIF busca se consolidar como instituição central da elaboração e coordenação das políticas para a Faixa de Fronteira. Mesmo que ainda com algumas adaptações, o advento da CDIF vai ao encontro da agenda de fortalecimento institucional proposta em 2005. Todavia, no lugar de fóruns e planos de desenvolvimento sub-regionais, deram preferência a núcleos e planos estaduais. Assim, a Comissão é composta por representantes de vinte ministérios ou órgãos do governo e oito representantes de entidades civis. A instalação da CDIF foi acontecer somente em março de 2011, depois de várias reuniões preparatórias (NEVES, SILVA E MONTEIRO, 2016).

Destaca-se que esses marcos regulatórios evidenciam a importância de uma perspectiva de integração para o trato da situação da fronteira. Analisando as demandas mais urgentes da região fronteira, chega-se – sem demandar muito esforço – às questões relacionadas a área da saúde. O contexto da saúde nas fronteiras está tão distante dos diálogos dos acordos internacionais que até mesmo os próprios profissionais de saúde que estão no atendimento direto da população

⁸ “Seu surgimento, contudo, tem início em 2007 com a criação do Comitê de Articulação Federativa – CAF, no âmbito da Secretaria de Relações Institucionais” (SCHERMA, 2015 p. 200).



desconhecem quaisquer medidas, acordos ou pactos que digam respeito e essa integração (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2009).

É possível identificar que a realidade da fronteira está relacionada com a própria concepção de Estado e, como consequência, presa a suas atuações nessa região (LUDWING, 2016). As melhorias no desenvolvimento da região fronteiriça aumentam quando se perde o pensamento de que se trata de uma região excessivamente voltada para defesa nacional e passa-se a conceber a ideia de uma região de fértil cooperação entre povos vizinhos. Uma maior integração entre os povos combinada com um diálogo mais próximo entre população e gestores locais, resultando em debates que visam melhor resolver as demandas públicas, além de estar em conformidade com a Constituição federal de 1988 “que permite a sociedade civil organizada, planejar e fiscalizar as ações realizadas pelo setor público e governamental” (KULKAMP et al., 2015 p. 28).

Após essas premissas que devem ser observadas, as faixas de fronteira que, segundo a Constituição Federal de 1988 no seu artigo 20, § 2, estão definidas como um espaço territorial de 150 km (BRASIL, 1988) que avança dentro do território nacional⁹, contando essa quilometragem a partir da linha divisória – ou linha limítrofe - do Brasil com o país que ele faz divisa. Logo, se um município está localizado dentro desta faixa de 150 km é considerado um município de fronteira, não importando se existe outro município mais perto do país vizinho.

A faixa fronteiriça brasileira possui uma extensão que vai do estado do Amapá até o estado do Rio Grande do Sul, formando assim 15.719 quilômetros de fronteira que percorrem 11 estados e 588 municípios. No caso desses entes locais – municípios – precisam de uma legislação distinta em algumas matérias, uma vez que apresentam necessidades diferentes dos demais municípios e suas demandas envolvem significativa parcela de cidadãos brasileiros que devem ser ouvidos, aproximadamente 10 milhões de habitantes residem nesses municípios de fronteira (CNM, 2007). Também é importante frisar a relevância da manutenção adequada da

⁹ A Constituição de 1988 avaliou essa medida e manteve essa quilometragem priorizando a defesa territorial, e a lei 6.634 de 1979 foi mantida como a referência jurídica que dispõe sobre a Faixa de Fronteira.

faixa em virtude de o Brasil fazer fronteira com praticamente todos os países da América do Sul, sendo exceção apenas o Chile e o Equador, e assim, mostrando a posição estratégica e força que o País possui no continente sul-americano.

Desse modo, para ilustrar bem as informações supramencionadas e diante da importância que as fronteiras apresentam, faz-se necessário destacar a existência da divisão das faixas de fronteiras em 3 (três) arcos, os quais foram divididos da seguinte forma: Arco Sul, se refere aos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná; o Arco Central referente aos estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e o Arco Norte aos estados do Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre.

Figura 1: Mapa do Arcos de Fronteira

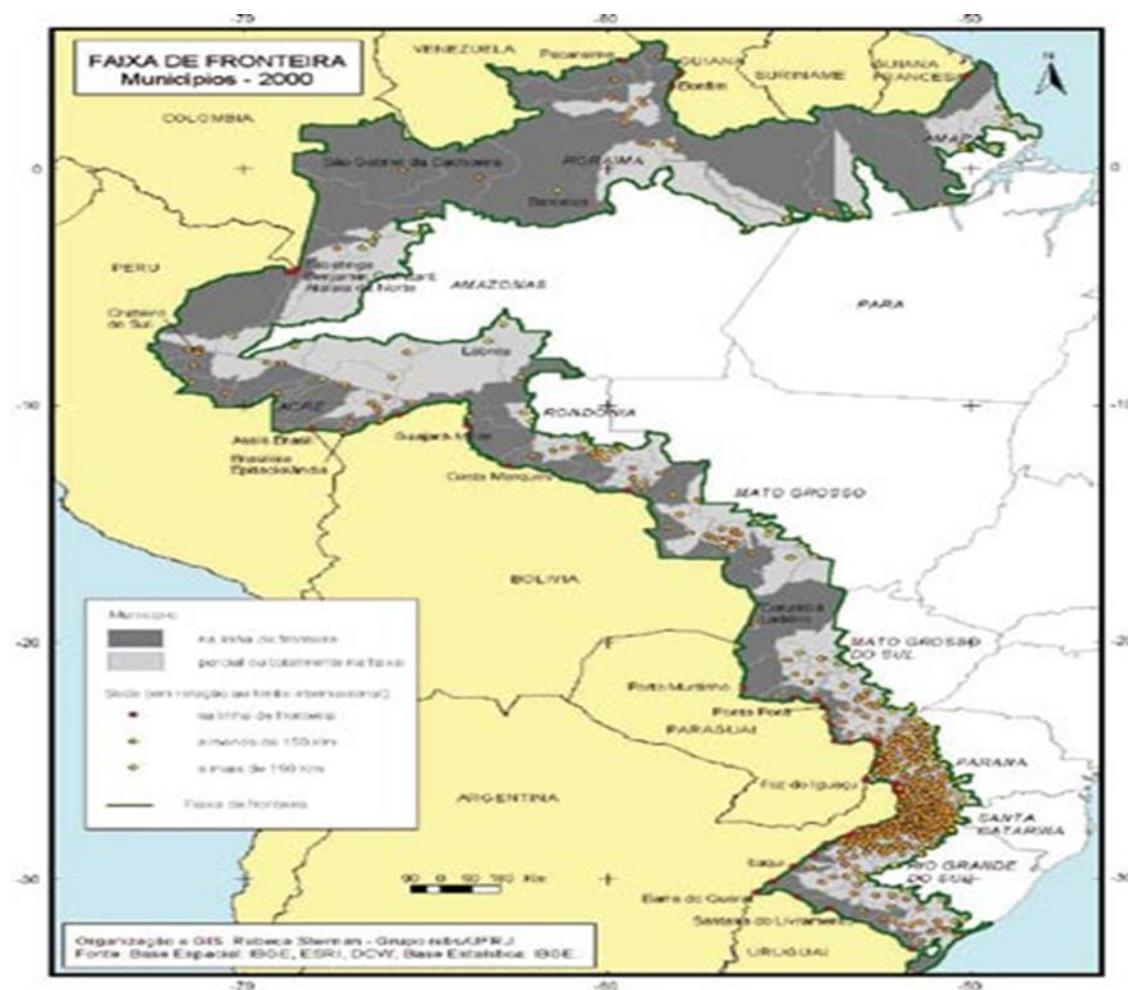




Fonte: Brasil (2014).

O Arco Sul abriga 418 municípios, sendo assim o Arco que mais possui municípios na faixa de fronteira. O Arco Central é possuidor de 99 municípios na sua faixa de fronteira. O Arco Norte tem um total de 71 municípios em sua faixa de fronteira, mesmo assim possui a maior fronteira terrestre com 9.925 km de extensão.

Figura 2: Mapa Municípios de Fronteira



Fonte: Ministério da Integração Regional (BRASIL, 2009).

Evidencia-se que a localização privilegiada que o Brasil detém traduz uma potencialidade de realizar acordos benéficos para si e para os países vizinhos, no



sentido de criar uma cooperação com mútuas vantagens. O entendimento do Estado soberano absoluto já não se encaixa na sistemática da comunidade internacional contemporânea. Neste momento, prevalece a necessidade da interação, cooperação e solidariedade entre os Estados como modo de se garantir uma proteção mais eficiente e consolidada dos direitos humanos e da manutenção da paz mundial (DUPAS; CARVALHO; CARVALHO, 2019).

Neste mesmo diapasão, uma peça essencial para o sucesso das políticas públicas é a cooperação entre nações e entre os municípios de fronteira, que possuem uma realidade diferenciada se comparado com os demais, não se limitando a questões que envolvem apenas a convivência com outras línguas ou de um compartilhamento de culturas, mas sim de demandas especificamente diferentes em todos os setores como: saúde, segurança, educação, transporte, desenvolvimento econômico e meio ambiente (BRASIL, 2007).

Em quase todos os estados brasileiros¹⁰ – mais precisamente em 10 (dez) dos 11 (onze) estados brasileiros de fronteira – é comum ter as suas regiões de fronteira como áreas com índices menores de desenvolvimento humano e social do estado (PEIXOTO, 2017). Desta maneira, o Brasil e os demais países com os quais faz divisa devem incentivar a cooperação visando sempre a garantia da proteção dos direitos da população – superando o viés exclusivamente de segurança nacional destes espaços decorrente olhar que historicamente se tinha sobre eles.

De jeito algum pretende-se que neste trabalho se desenvolva um raciocínio no sentido de que as dificuldades enfrentadas pelos municípios de fronteira são melhores ou piores das existentes nos demais municípios, mas sim apontar que as suas necessidades são diferentes e precisam ser notadas pelos governantes, uma vez que representam 10% dos municípios brasileiros e possuem uma carência muito grande de uma melhor comunicação com o governo federal, concomitante com a necessidade de uma maior autonomia para sanar as exigências das suas populações (BRASIL, 2007).

¹⁰ Único estado brasileiro que não possui a região de fronteira como a menos desenvolvida é o estado de Santa Catarina que contém uma faixa de fronteira um pouco mais desenvolvida que o Planalto Norte do estado (PEIXOTO, 2017).



As questões relacionadas à saúde nestes municípios sempre passaram por dificuldades pelos motivos já expostos acima. Todavia, com a ocorrência da pandemia causada pelo Coronavírus desde março de 2020 essa situação só se agravou, demonstrando a fragilidade que se encontra o direito constitucional à saúde dos moradores dos municípios desta região.

4. DURANTE A PANDEMIA: FRONTEIRAS DISTANTES OU FRONTEIRAS UNIDAS?

Neste ponto, assume absoluto destaque a pauta da saúde, cuja previsão está na Constituição Federal, no Capítulo II, art. 6º como um direito fundamental¹¹, e vindo a se reafirmada no artigo 196, o qual versa sobre ser um direito de todos e dever do Estado¹². Este direito constitucional deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doenças e de outros agravos, por meio do acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação. Em razão da essencialidade e a relevância dos serviços públicos de saúde, a Constituição faz previsão deste no capítulo II seção II da Saúde, definindo que o serviço público de saúde integra uma rede regionalizada e hierarquizada, instaurando um sistema único conforme previsto no inciso I do artigo 198¹³.

Ademais, a Constituição prevê a competência administrativa comum entre União, estados-membros, Distrito Federal e municípios com relação à saúde e assistência pública, conforme os incisos II e IX, do artigo 23 (BRASIL, 1988). No que tange aos entes locais, verifica-se que o artigo 18, também da Constituição Federal, prevê que compete a eles a gestão e execução dos serviços públicos de saúde voltados para atenção primária, prestados, principalmente, nas Unidades Básicas de

¹¹ “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

¹² “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).

¹³ 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 (BRASIL, 1988).



Saúde, tendo em vista o atendimento das moléstias da população de forma ampla, sem que seja necessário o encaminhamento para outros serviços de maior complexidade.

Outrossim, quando falamos em financiamento da saúde o artigo 198 regulamenta as atribuições dos entes, porém não fez nenhuma previsão dos índices mínimos de repasse. Assim sendo, a Lei Complementar nº 141/2012 passou a estabelecer os devidos percentuais mínimos de aplicação por cada ente federativo em matéria de saúde. Destacando-se que os entes locais e o Distrito Federal devem aplicar o percentual mínimo de 15%, conforme previsto no artigo 7º, além disso, o Distrito Federal também possui a obrigação de realizar a aplicação anual de no mínimo 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não sejam separados da base estadual e municipal, disposto no artigo 8º (BRASIL 2012).

Dessa forma, ressalta-se que a esfera local no Brasil é responsável pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. Os recursos aplicados no setor da saúde nos municípios são uma soma dos próprios recursos dos municípios com os repasses vindos da União e dos estados. É função do município formular suas próprias políticas públicas na área da saúde e também executar todas as políticas nacionais e estaduais de saúde, conforme artigo 18 da lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990).

Mesmo assim, isso não impede que os municípios estabeleçam parcerias entre si, para realizarem procedimentos que demandem maior complexidade ou no caso de necessidade de meios que estão acima daqueles que o próprio município pode oferecer, tendo em vista garantir o pleno atendimento para toda a população. Isso acaba se tornando uma ferramenta para os municípios de fronteira pois, segundo a percepção dos residentes nas localidades fronteiriças, aparece de forma imediata a dificuldade de entendimento das prioridades específicas do contexto fronteiriço por parte dos tomadores de decisão dos do governo federal, portanto, bem distantes de conhecer as necessidades das comunidades da fronteira (BENVENUTO, 2016).

Desse modo, a realidade vivenciada pelos cidadãos dos municípios de fronteira é desconhecida muitas vezes pelo restante do país, ora que somente os gestores locais e sociedade fronteiriça têm uma experiência do que é a rotina nas



comunidades locais, com ideias mais direcionadas para se chegar à resolução de suas reivindicações. Através disso, é possível notar com clareza que muitos problemas enfrentados pelos municípios de fronteira já poderiam terem sido sanados – ou ao menos reduzidos – se houvesse uma comunicação mais aberta entre o governo federal e o governo local¹⁴. Essa estratégia comunicativa pode ser vantajosa não unicamente entre entes federados como também entre municípios vizinhos, que tem o poder de fornecer um apoio substancial para resolver as demandas que toda região precisa, por intermédio de um planejamento com ambos os municípios, atuando em conjunto e em forte aliança tanto entre nações quanto entre os governos locais e seus povos.

Vale destacar, que tanto para ocorrer mais integração quanto para uma melhor cooperação transfronteiriça é de suma importância a participação da sociedade civil, pois junto a qualquer acordo de cooperação estão envolvidos grupos sociais que necessitam de políticas específicas. Em virtude de que o conceito de fronteira passou por uma mutação até adquirir novos significados – não sendo mais cabível a ideia de que o vizinho é inimigo - obteve-se uma verdadeira gama de oportunidades para se alcançar soluções para demandas comuns nessas áreas (MOREIRA, 2018).

Com o acontecimento da pandemia causada pelo Coronavírus, a situação da fronteira seca entre as nações não permitia que elas sejam fechadas para evitar o contágio em muitas localidades, pois o que limita os países, em vários pontos, é somente uma linha imaginária representada por uma praça ou por uma rua – esses locais são denominados Cidades Gêmeas. Importante destacar que a legislação em vigor ainda entrava sobremaneira a cooperação entre a esfera local nesta área de limite entre Países, como é destacado por Peixoto (2017 p. 50) ao afirmar que “na fronteira, muitas vezes, a legislação impede os municípios de buscar soluções locais com autonomia, por esbarrar em questões internacionais”. Vez que, segundo Benvenuto (2016, p.7) “ninguém a fará, senão os maiores interessados em que a

¹⁴ Por uma falta de mobilização e de atenção com a situação da Faixa de Fronteira, foi deixado de lado o potencial de desenvolvimento dessa região fronteiriça, fazendo com que acontecesse um relativo abandono nas políticas públicas nacionais nesta área.



integração aconteça, entre as quais aquelas pessoas que vivem nas fronteiras e sentem necessidade de expandi-las”.

Desta forma, tendo em vista a pandemia mundial causada pelo Covid-19, as fronteiras terrestres do Brasil foram fechadas em sua totalidade pela Portaria nº 204 de 29 de abril de 2020 (BRASIL, 2020b) – houve outras portarias antes, mas que só fechavam as fronteiras com determinado país e não toda faixa – isso foi possível pelo inciso VI do caput do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que fala sobre a restrição excepcional e temporária a entrada e saída do país e também da locomoção interestadual e intermunicipal (BRASIL, 2020). Essa medida foi tomada para evitar uma maior disseminação do Coronavírus, porém, essa não circulação se torna mais difícil de ser controlada em cidades gêmeas e municípios de linha de fronteira, por outro lado, essa proximidade com os municípios estrangeiros do outro lado da fronteira fornece uma cooperação deveras positiva para ajudar a suprir as necessidades da população no enfrentamento do vírus.

Entretanto, esse potencial não foi aproveitado, como mostra pesquisa feita no final de abril de 2021 pela Confederação Nacional de Municípios, onde fizeram questionamentos para os gestores dos 204 (duzentos e quatro) municípios que compõem a linha de fronteira e as cidades-gêmeas. Vale frisar que mesmo todos os municípios sendo contatos nem todos colaboraram com respostas aos questionamentos como demonstra a Tabela 1 onde os resultados estão divididos pelos arcos de fronteira:

Tabela 1 – Resultado da amostra por região geográfica

Região	Municípios	Respostas	% Respostas	Faltam
Centro-Oeste	24	12	50,0%	12
Norte	60	20	33,3%	40
Sul	120	50	41,7%	70
BR	204	82	40,2%	122

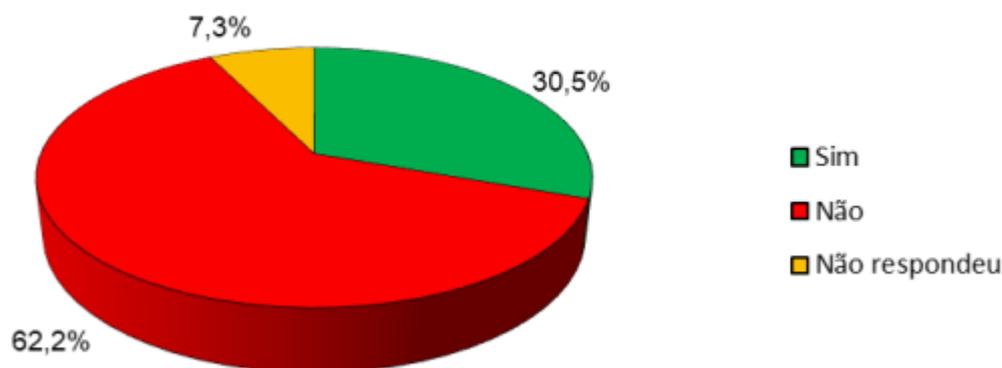
Fonte: Pesquisa Covid-19 – Edição Fronteiras.



As perguntas feitas na pesquisa eram variadas, sendo umas mais abrangentes como a que perguntava se “existem medidas cooperativas estabelecidas entre os Ministérios da Saúde do Brasil e do país fronteiro para auxiliar no combate à pandemia de Covid-19?” (CNM, 2021 não paginado), onde os municípios que responderam não haver cooperação foram aproximadamente o dobro dos que responderam que existia cooperação, como aparece demonstrado no gráfico:

Figura 3: Gráfico da Tabela 1

1. Existem medidas cooperativas estabelecidas entre os Ministérios da Saúde do Brasil e do país fronteiro para auxiliar no combate à pandemia de COVID-19?



Fonte: CNM (2021).

Outras perguntas não foram tão abrangentes assim, lidando com medidas específicas do combate ao COVID-19 como: vacinação, empréstimos de tubos de oxigênio e empréstimo de remédios para o procedimento de intubação dos pacientes mais graves. A questão da possibilidade de vacinação no país vizinho foi a que trouxe mais resultados variados, os municípios ao serem perguntados “qual residente do seu Município pode se vacinar contra Covid-19 no país vizinho?” (CNM,2021 não paginado), responderam da seguinte forma:

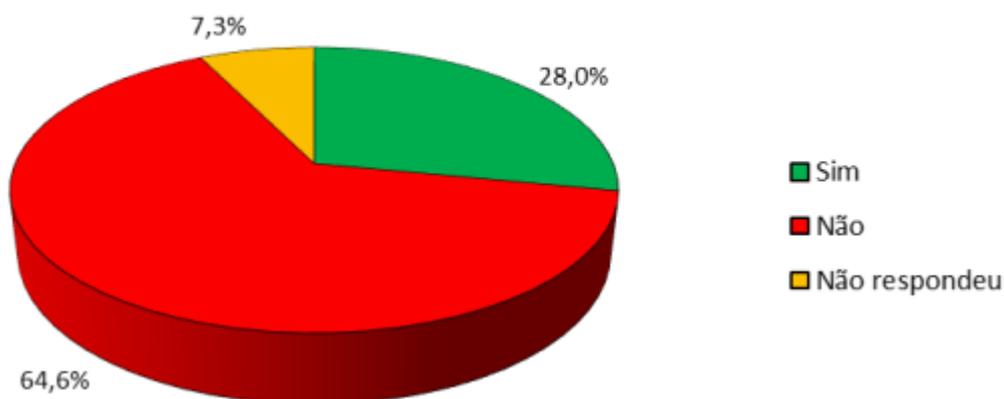


Tabela 3 – Qual residente do seu Município pode se vacinar contra Covid-19 no país vizinho?

Resposta	Quantidade	%
Nenhum	45	54,9%
Os Brasileiros	4	4,9%
Os Nacionais/Nacionalizados do país vizinho	10	12,2%
Todos os Residentes	6	7,3%
Não respondeu	17	20,7%
Total	82	100,0%

Figura 4: Gráfico da Tabela 3

3. Os residentes estrangeiros do outro lado da fronteira podem se vacinar contra COVID-19 no seu município?



Fonte: CNM (2021).

A mesma pergunta foi feita em sentido inverso, se os municípios estrangeiros poderiam se vacinar nos municípios de fronteira aqui do Brasil, e o resultado também foi de uma maioria esmagadora – outra vez aproximadamente o dobro - para a não cooperação dos municípios no que se trata das vacinações.

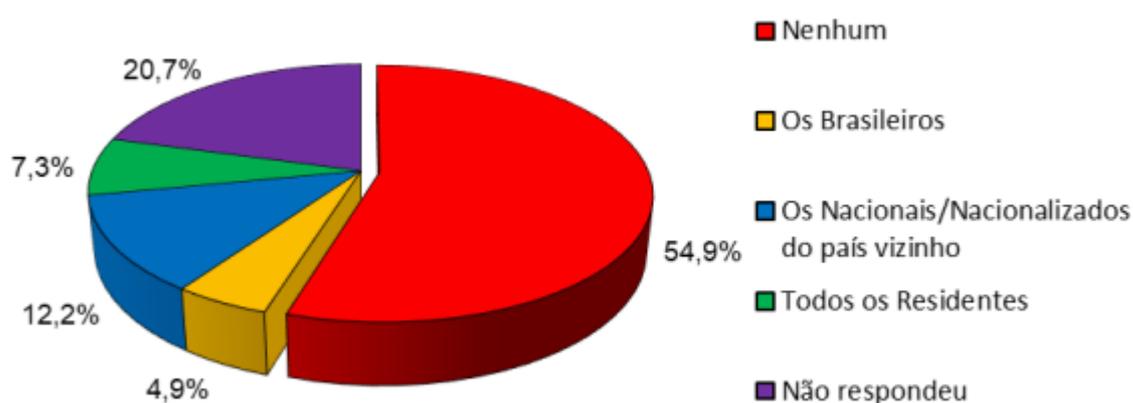


Tabela 4 – Os residentes estrangeiros do outro lado da fronteira podem se vacinar contra Covid-19 no seu Município?

Resposta	Quantidade	%
Sim	23	28,0%
Não	53	64,6%
Não respondeu	6	7,3%
Total	82	100,0%

Figura 5: Gráfico da Tabela 4

2. Qual residente do seu município pode se vacinar contra COVID-19 no país vizinho?

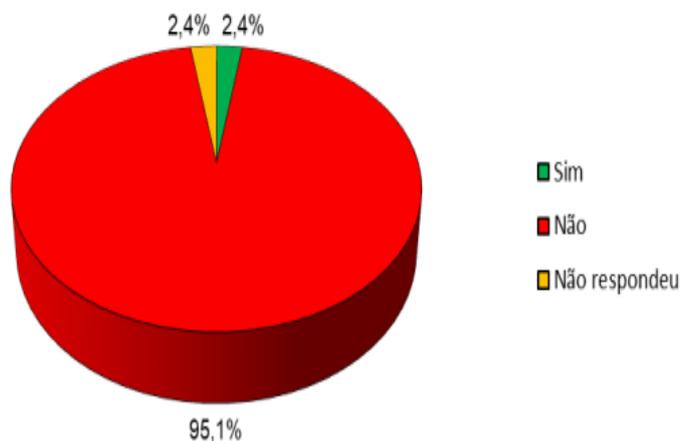


Fonte: CNM (2021).

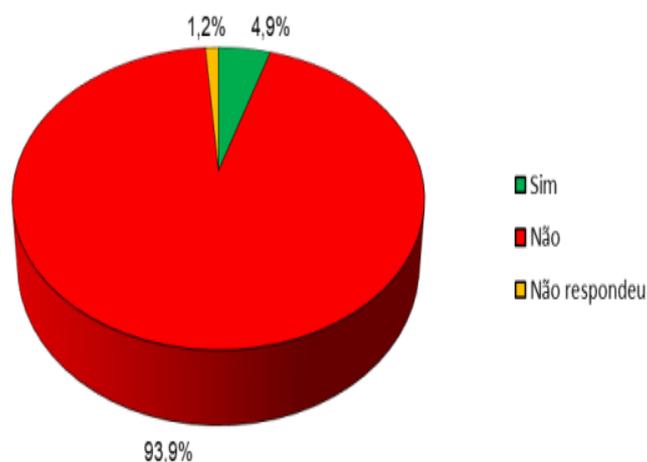
Já nas questões relacionadas a empréstimo de tubos de oxigênio e medicamentos para intubação ficou ainda mais gritante a inexistência de parcerias entre os municípios dos dois lados da fronteira, com percentuais na casa dos 90% para a não integração.

Figura 6: Gráficos referentes a questões 4, 5, 6 e 7

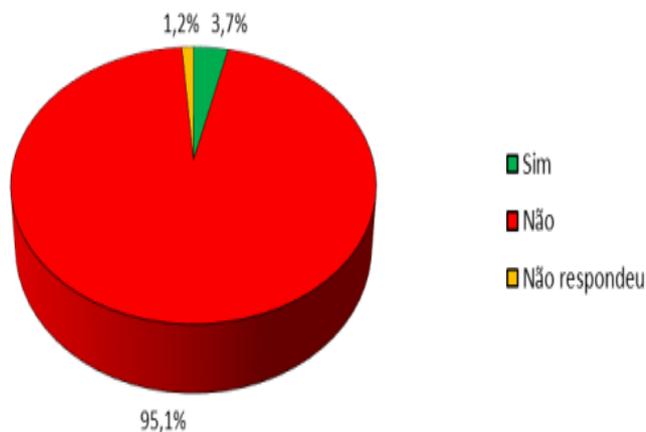
4. O município estrangeiro tem cedido ou emprestado oxigênio ao seu município?



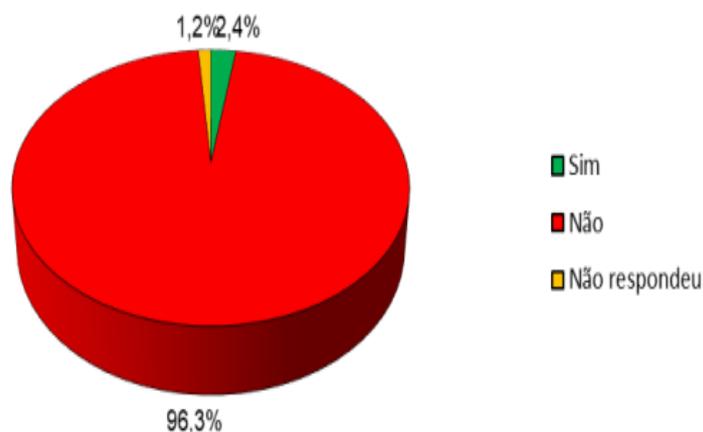
5. Há empréstimo ou cessão de oxigênio para o município estrangeiro?



6. Há empréstimo ou cessão dos medicamentos utilizados para o procedimento de sedação e intubação do seu município para o município limítrofe estrangeiro?



7. O município estrangeiro vem emprestando ou cedendo ao seu município medicamentos e instrumentos utilizados no procedimento de sedação e intubação?



Fonte: CNM (2021).

Nota-se que na pergunta mais abrangente, se havia cooperação entre os municípios o percentual de respostas positivas já foi baixo, todavia no momento das perguntas mais específicas esse percentual passou a ser realmente baixíssimo,



levando a crer que os gestores locais não possuem um discernimento exato do que cooperação. Uma confusão bem comum é pensar que com o fluxo frequente de municípios das diferentes nações entre a fronteira uma grande integração, é isso também, mas não é apenas isso, a cooperação pode alcançar patamares mais altos com planejamento em conjunto em conjunto dos municípios visando interesse em comum – no caso em tela o interesse é proteger e socorrer os cidadãos a ameaça do COVI-19.

O desenvolvimento das dimensões econômicas, culturais, políticas e sociais, ocorre de maneira desigual na extensão das fronteiras, ou seja, tanto nos lugares como entre os lugares¹⁵. Isso implica em novo pensamento sobre as fronteiras, tratando-as de forma particular pelo fato de se tratarem, exatamente, de regiões particulares, com problemas típicos, organização e culturas próprias. O que se precisa evitar é justamente classificar essas regiões, no que se refere a políticas públicas, como sendo iguais ao restante do território nacional (LUDWING, 2016).

Cada uma dessas localidades pode abrigar outras questões que podem ir além do econômico, como, por exemplo, tópicos sociais, culturais e étnicos (DAL PRA; MENDES, 2009). Uma integração local econômica, de crenças, tradições e de costumes é responsável pelo sentimento de pertencimento e auto estima, importantíssimos para potencializar o senso de auto-organização que a população necessita para se desenvolver.

Nesse sentido, deve-se levar em conta que essas questões culturais vão além das relações sociais em toda zona de fronteira, seja para aproximar ou distanciar as comunidades vizinhas. Aproximar, quando as identidades culturais se assemelham em ambos os lados, e distanciar, quando se diferem – notadamente em aspectos étnicos. Os costumes e tradições das populações locais específicas de cada região são preservados também quando se trata de referências em saúde. As populações locais efetuam procedimentos de tratamento de doenças baseados nas tradições passadas culturalmente pelas gerações anteriores, como acontece nas

¹⁵ (...) implica um repensar das fronteiras, tratando-as de forma particular pelo fato de se tratar de regiões particulares, com problemas próprios, organização e culturas próprias. O que se deve evitar é justamente classificar as regiões de fronteira, no que se refere a políticas públicas, como sendo semelhante ao restante do território nacional (LUDWING, 2016 p. 138-139).



tentativas de cura de moléstias por meio de ervas e plantas medicinais, rituais de curandeirismo, benzeduras, além de cuidados diferentes de cada região com gestantes, parturientes, recém-nascidos e crianças (DAL PRA; MENDES, 2009).

Um exemplo é a população do município de Lethem na Guiana – Arco Norte –, quando necessita de serviços de emergência procura atendimento no município de Boa Vista/BR – Lethem dista 133 km de Boa Vista – uma localidade com recursos na área da saúde e bem mais próximo do que procurar recursos na capital da Guiana, Georgetown – a distância entre Lethem e Georgetown é de 549 km.

Essa situação também é comum de ocorrer no estado do Rio Grande do Sul – Arco Sul –, com, por exemplo, acontece no município de Aceguá - Brasil, que é cidade gêmea do município de Aceguá – Uruguai, visto que os municípios têm a linha imaginária de fronteira entre República Federativa do Brasil e República Oriental do Uruguai passando pelo meio de suas cidades. Logo, é de grande facilidade o trânsito e circulação de todo serviço de políticas públicas entre os dois municípios e conseqüentemente dos dois países. Todavia, o município brasileiro mais perto de Aceguá é Bagé – RS, o qual está localizado a 62 km de distância, ao passo que existem vários municípios uruguaios a uma distância bem menor do município de Aceguá – Brasil. Tal é o caso, além da própria cidade gêmea, do município de Isidoro Noblía, no Uruguai, a 12,7 km de distância e ainda o município de Melo, também no Uruguai, a 59 km de distância. Deixando claro que a cooperação auxilia as comunidades de ambos os países.

Com a crise que se verificou na Venezuela, migrantes vão para a capital do estado de Roraima em busca de atendimento também, superlotando o atendimento dos hospitais de Boa Vista, e criando um custo muito elevado ao estado de Roraima, “assim, parece não estar em jogo o fato de a pessoa ser estrangeira, mas essencialmente a debilidade das políticas de saúde brasileiras” (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2009 p. 98).

Destaca-se que em alguns municípios fronteiriços ocorre com frequência que, como foi visto no caso da Guiana, a localidade com os recursos mais próximos no mesmo país seja demasiadamente longe para suprir determinadas demandas do cidadão de um município de fronteira como, por exemplo, um atendimento de saúde



específico. Assim, levando em conta a hipótese de que determinado serviço de saúde não é fornecido pelo município onde está residindo o cidadão enfermo e o município vizinho nacional fique a uma distância excessivamente longe, esse terá mais chance de encontrar tratamento para sua patologia por serviços de saúde local do País limítrofe. Esta incapacidade de absorver o fluxo de usuários não-brasileiros resulta em estratégias perigosas e penosas dos estrangeiros para conseguir acesso ao sistema de saúde brasileiro, como por exemplo, esperar o agravamento da doença para o ingresso como emergência, em virtude desse atendimento sempre ser realizado (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2019)

Com isso, os serviços de saúde devem ser reforçados na faixa de fronteira buscando diminuir a pressão sobre o sistema de saúde das capitais, sem olvidar que moradores de municípios vizinhos atravessam a fronteira para receber vacina nas campanhas de vacinação nos municípios brasileiros, tanto vacinas para imunização com o Coronavírus quando para outras doenças já em tempos de pós pandemia. Isso se aplica também aos demais procedimentos de saúde e até mesmo troca de matérias, como vimos que não aconteceu no caso de cilindros de oxigênio e remédios para intubação, o que resultaria em melhor garantir o direito à saúde aos moradores da faixa da fronteira.

Vale ressaltar que, de modo algum a pesquisa afasta a responsabilidade do maior ente da federação, pelo contrário, uma ação do Governo Federal é de suma importância, vez que a integração é apenas uma fração dos problemas que devem ser resolvidos, com uma política pública de melhoria no setor de saúde desses municípios prepara-os para melhor atender os pacientes que transitam em grande número pelas fronteiras do país. Verifica-se, dessa forma, que o tema transcende à esfera local, transita pelo regional e chega ao âmbito internacional, o que implica em uma ação conjunta de esforços para melhor resolver as agruras oriundas das particularidades regionais fronteiriças (LUDWING, 2016) – e também dos perigos da COVID-19.

Desse modo, verifica-se que é uma realidade para alguns municípios da fronteira brasileira, assim como de outros países para com o Brasil, em que o município vizinho no mesmo país esteja exageradamente longe para buscar algumas



demandas, como um atendimento de saúde tão necessário nesses tempos de pandemia mundial. Portanto, supondo que determinado serviço de saúde não é fornecido pelo município do cidadão com enfermidade – ou não está sendo fornecido devido a superlotação dos hospitais – e o município vizinho nacional esteja excessivamente longe, esse cidadão terá maior chance de ter sua patologia tratada em um serviço de saúde local de País limítrofe. Além disso, o trabalho em conjunto entre municípios de fronteira pode aumentar em muito as chances dessas localidades passarem por um momento de pandemia mundial com o menor número de tribulações possível.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo possui o propósito de mostrar a falta de atenção do Governo Federal à situação dos municípios de fronteira, um panorama que foi muitíssimo agravado em virtude da pandemia mundial da COVID-19, onde essas localidades ficaram mais exposta pela situação de conviverem com uma grande circulação de pessoas, e isso não pôde ser mudado, mesmo com o fechamento das fronteiras, no que diz respeito as cidades gêmeas, pois a linha que divide um país de outro em alguns casos pode ser uma rua ou uma praça, por exemplo, e isso inviabiliza um bloqueio. Lembrando que o assunto tratado no artigo não foi a questão do fechamento ou não fechamento das fronteiras, mas sim se está havendo, ou não, cooperação em questões relacionadas ao combate ao Coronavírus entre esses municípios.

O direito à saúde ficou mais fragilizados a todos os cidadão do Brasil e do demais países com a ocorrência da pandemia mundial, a corrida para melhor proteger a sua população foi intensificada, nesse cenário a região de fronteiras brasileira ao mesmo tempo que possui dificuldades muito grandes devido à falta de apoio que recebeu pelas legislações passadas que só conseguiam ver a fronteira do Brasil como um local de defesa nacional e que deveria ser uma zona voltada a atividades militares, também possui uma aproximação dos municípios estrangeiros do outro lado da linha limítrofe, e isso pode corroborar para o planejamento de trabalhos em conjunto voltados tanto para a não circulação do vírus, quanto para a imunização e atendimento de suas populações.



Nesse sentido, conforme demonstrado nos exemplos expostos no decorrer da pesquisa, em um caso de necessidade na área da saúde ou até de outra demanda emergencial alguns municípios do Brasil estão - por questão geográfica - mais amparados no que diz respeito a cooperação por municípios do país vizinho do que brasileiros. Com isso, analisando essa experiência, observa-se que não estaria se minimizando somente as dificuldades dos municípios de fronteira, mas também dos governos locais de nações vizinhas.

Desta forma, respondendo ao problema de pesquisa proposto, através dos dados coletados na pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios, não existe cooperação entre os municípios de fronteira brasileiros e seus vizinho de outra nação, resta demonstrado nos dados o quanto nenhum dos lados – tanto o Brasil quando os demais países – não forneceram tubos de oxigênio, nem medicamentos para intubação, tampouco permitiram a vacinação de moradores da localidade vizinha no seu sistema de saúde, esses percentuais negativos tão grandes na maioria das perguntas sobre cooperação – passando de 90% - causa estranheza até mesmo ao percentual da primeira pergunta da pesquisa, onde fora perguntado se existem medidas cooperativas entre Brasil e o país fronteiriço para auxiliar no combate à Covid-19 e 30,5% responderam que sim, levando a crer que os gestores locais não possuem a dimensão do que são medidas cooperativas, uma vez que nas perguntas em separado sobre cada medida as respostas foram, esmagadoramente, negativas.

Com isso, o direito constitucional à saúde que deve ser garantido a todo cidadão brasileiro pelo Estado está cada vez mais debilitado. Em parte, pela forma como foi tratada a região de fronteira ao passar das décadas, e em parte pela não capacidade dos municípios fronteiriços de cooperarem com seus vizinhos – em alguns casos os mais próximos – do outro da linha de fronteira, deixando de lado uma importante alternativa para combater a ameaça do COVID-19 a sua população.



REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ANDRADE, Israel de Oliveira; LIMA, Raphael Camargo. Segurança e defesa nacional nas fronteiras brasileiras. In: PÊGO, Bolívar; [et.al]. Fronteiras do Brasil: uma avaliação de política pública. v. 1. Rio de Janeiro: Ipea, MI, 2018.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e políticas sociais: problemas de coordenação e autonomia. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. Políticas públicas; coletânea. v.2, ENAP. Brasília, 2006.

BARROSO, André F. Aspectos relacionados a efetivação do direito à saúde no Brasil através do poder judiciário. 2003

BENVENUTO, Jayme. Integração regional a partir da fronteira do Brasil, Argentina e Paraguai. Editora Juruá. Curitiba, 2016.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. (1934). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio a gestão participativa. Caminhos do direito à saúde no Brasil. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. 2009. Disponível em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=e5ba704f-5000-43df-bc8e01df0055e632&groupId=10157. Acesso em: 12 jun 2021.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 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. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Casa Civil. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 204, DE 29 DE ABRIL DE 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, por via terrestre, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2020b p. 01.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

CERVO, Amado Luiz. Relações internacionais do Brasil: um balanço da era Cardoso. p. 5-35. In: Revista Brasileira de Política Internacional, Brasília, v. 45, n. 1, jan./jun. 2002. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22668>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. Fronteiras em Debate: I encontro dos Municípios de Fronteira. 2007. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/499>. Acesso em: 26 mar. 2020.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. Pesquisa da CNM indica que falta de cooperação em políticas públicas nacionais em Municípios de fronteira impacta negativamente o combate à Covid-19 – Edição Municípios de Fronteira. 2021. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/14942>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DAL PRÁ, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa. Estratégias e desafios da intervenção profissional dos assistentes sociais na garantia dos serviços de saúde nas fronteiras do Mercosul. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; [et.al]. Mercosul em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

DUPAS, Eleine; CARVALHO, Leonardo Chaves de; CARVALHO, Luciani Coimbra de. Para Além Das Fronteiras: Cidadania Transnacional. p. 105-120. Revista Videre, Dourados, MS, v.11, n.21, jan./jun. 2019 p. 118



FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. In: _____ (Org.). Saúde e democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, p. 25-41. 1997.

FURTADO, Renata. Descobrimo a faixa de fronteira: a trajetória das elites organizacionais do executivo federal as estratégias, as negociações e o embate na constituinte. Curitiba, Paraná: Ed. CRV, 2013.

GUINZANI, Fabrizio; FELÍCIO, Raquel de Souza. As políticas públicas de atenção básica em saúde, definidas pelo governo federal e a execução municípios: análise do vínculo funcional mantido entre servidores públicos e administração pública. In: VIEIRA, Reginaldo de Souza [et.al]. Estado, política e direito: políticas públicas, gestão pública e direitos fundamentais. v.5. Curitiba: CRV, 2015.

HIRST, Monica; PINHEIRO, Leticia. A política externa no Brasil em dois tempos. p. 5-23. In: Revista Brasileira de Política Internacional. v. 38, n. 1, Brasília, 1995. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2431522/mod_resource/content/1/A%20pol%C3%ADtica%20externa%20do%20Brasil%20em%20dois%20tempos.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021

KULKAMP, Cinara; [et.al]. Conselho municipal de saúde de Criciúma: perfil dos conselheiros. p. 27-37. In: VIEIRA, Reginaldo de Souza; PRÉVE, Daniel Ribeiro; PILATI, José Isaac. Estado, política e direito: políticas públicas, gestão pública e direitos fundamentais. v. 5, CRV, Curitiba, 2015.

LUDWING, Fernando José. (Re)considerações finais sobre fronteira(s), p. 137-139. In: LUDWING, Fernando José; BARROS, Luciano Stremel. (Re)definições das fronteiras: visões interdisciplinares. Editora Juruá, Curitiba, 2016.

MOREIRA, Paula Gomes. Trajetórias conceituais e novas formas de interação nas fronteiras brasileiras, p. 21-42. In: PÊGO, Bolívar; [et.al]. Fronteiras do Brasil: uma avaliação de política pública: v. 1. Rio de Janeiro: Ipea – MI, 2018.

MIYAMOTO, Shiguenoli. O Brasil e a fronteira norte: política e estratégia. p. 75-103. In: Estudios Avanzados. n. 12, Santiago do Chile, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/ideas/article/view/120>. Acesso em: 2 jun. 2021.

NEVES, Alex Jorge das; SILVA, José Camilo da; MONTEIRO, Lício. Caetanodo Rego. 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, Brasília, 2016.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A garantia e a fruição do direito á saúde nos municípios das linhas das fronteiras Mercosul, p.87-106. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; [et.al]. Mercosul em múltiplas



perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social. 2 ed. EDIPUCRS. Porto Alegre, 2009.

PEIXOTO, Alexandre Bastos. Fronteira e integração regional, p.47-56. In: PÊGO, Bolívar; [et.al]. Fronteiras do Brasil: diagnóstico e agenda de pesquisa para política pública. v. 2. Brasília: Ipea - MI, 2017.

RIBEIRO, Daniela Menengoti.; LEAL, Rogério Gesta. A horizontalidade dos direitos fundamentais à saúde e a projeção perante a corte interamericana de direitos humanos. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, [S. l.], v. 14, n. 14.1, p. 231–253, 2013. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/391>. Acesso em: 01 mar. 2022.

SANTOS, Leandro Fernandes. Sampaio. A Amazônia como instrumento da Política Externa Brasileira. p. 102-122. In: Aurora. v. 7, n. 2, jan./jun. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/3854>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SCHERMA, Márcio. Augusto. As políticas brasileiras para a faixa de fronteira: um olhar a partir das relações internacionais. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2015.

SCHIMIDT, Vera Viviane. Sociedade civil organizada, políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Internacional Interdisciplinar **INTERthesis**. v. 3, n.1, p. 2307 – 2333. Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/745/10827>. Acesso em: 10 set. 2020.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SILVA, Diego Augusto Santos; JESUS, Karina Passos de; SANTOS, Roberto Jerônimo. Conceito de saúde e qualidade de vida para acadêmicos de Educação Física. Um estudo descritivo. Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança, v. 2, n. 4, p. 140-153, dez. 2007.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. A cidadania na República Participativa: Pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. Florianópolis, SC, 2013. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito.

RECEBIDO EM 09/03/2022
APROVADO EM 28/03/2023
RECEIVED IN 09/03/2022
APPROVED IN 28/03/2023