

# O ACESSO À SAÚDE NAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL: ENTRE AS NORMAS E A REALIDADE<sup>1</sup>

## *THE ACCESS TO HEALTH CARE IN MERCOSUR BORDERS: BETWEEN NORMS AND REALITY*

**Germano Schwartz<sup>2</sup>**

Professor do Mestrado em Direito do Unilasalle-Canoas e Diretor Executivo Acadêmico da Escola de Direito do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas

**Pedro Henrique Dilda Fuga**

Graduado em Relações Internacionais (Unilasalle-Canoas)

**RESUMO:** Por meio da presente pesquisa, de caráteres bibliográfico e investigativo, busca-se questionar, bem como aguçar, o debates sobre a saúde enquanto direitos humanos e as consequentes obrigações do Estado, abordando um tema específico e que diz respeito à integração no Mercosul: a questão da saúde nas fronteiras. Tal qual se pretende abordar a questão,

objetiva-se trazer questionamentos sobre a indispensabilidade de uma abordagem social à integração no Mercosul, bem como uma análise da efetividade do direito de acesso à saúde. Tendo em vista que a saúde é um direito constitucionalmente garantido a todos e um dever do Estado brasileiro, faz-se necessário indagar sobre a plenitude, ou o alcance, de seu acesso universal

---

<sup>1</sup> Artigo resultante da Bolsa de Iniciação Científica fornecida pelo Unilasalle-Canoas no ano de 2012 a Pedro Henrique Dilda Fuga.

<sup>2</sup> Coordenador do Mestrado em Direito e docente do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano, ambos do Unilasalle, Secretário do Research Committee on Sociology of Law da International Sociological Association, Doutor em Direito (Unisinos), Pós-Doutor em Direito (University of Reading).

e igualitário à população de estrangeiros residentes nas cidades de fronteira do Mercosul.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direito; fronteira; Mercosul; saúde.

**ABSTRACT:** *Through this bibliographical and investigative research, we sought to challenge and sharpen the debate on Human Rights and obligations of the state, addressing a specific theme which concerns to integration in Mercosur: the issue of the access to health at the border. This question, in the manner that the paper will seek to address, raises questions about the indispensability of an approach to social integration in Mercosur, as well as an analysis of the effectiveness of the right of access to healthcare. Since health is a constitutionally guaranteed right to all and a duty of the Brazilian state, it is necessary to inquire about the fullness, or extent, of its universal and equal access to the population of foreign residents in the border towns of Mercosur.*

**KEYWORDS:** *Border; health; law; Mercosur.*

**SUMÁRIO:** Introdução; 1 Dimensão social do Mercosul; 2 A busca da saúde nas cidades fronteiriças no Mercosul; 3 Entre as normas e a realidade: a efetivação do direito à saúde no Mercosul; Considerações finais; Referências.

**SUMMARY:** *Introduction; 1 Social dimension of Mercosur; 2 The pursuit of health at the border in Mercosur; 3 Among norms and reality: ensuring the right to health in Mercosur; Final thoughts; References.*

## INTRODUÇÃO

É imensa a zona geográfica de fronteira que o Brasil estabeleceu com outros países sul-americanos<sup>3</sup> e as problemáticas, as limitações institucionais e estruturais, que o governo brasileiro tem para alcançar todos os municípios fronteiriços nas suas diversas áreas de serviço público. De uma forma mais específica, essa realidade traz uma questão intrinsecamente ligada aos Direitos Humanos: a saúde. Em um corte ainda mais restritivo, tal complexidade cresce quando o assunto é observado com ênfase

<sup>3</sup> “O Brasil tem uma Faixa de Fronteira extensa (15.719km), [...] seu território faz divisa com os quatro países fundadores do Mercosul: Argentina (1.263km), Paraguai (1.339km) e Uruguai (1.003km). Corresponde ao Arco Sul e a alguns municípios do Arco Central (Fronteira do Mato Grosso do Sul com o Paraguai).” (GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266, p. 253, 2007.

no Mercosul. Diante disso, pressupõe-se uma coordenação federal dessas ações. Nesse sentido, veja-se o que aponta o Instituto Interamericano de Cooperação para Agricultura (IICA)<sup>4</sup>:

A percepção generalizada resultante é a de distanciamento das instâncias públicas, nos diversos níveis, não só de si próprias, no lado brasileiro, quanto delas com suas contrapartes estrangeiras. As comunidades fronteiriças, por sua vez, também se ressentem de um distanciamento de suas representações políticas e das próprias políticas públicas, que parecem não lhes alcançar de forma satisfatória.

A presença do abandono ao atendimento no direito à saúde não se reflete apenas no sentido particular e privado dos indivíduos que necessitam do atendimento médico e não logram recebê-lo. Ela ocorre também nas próprias prefeituras dessas cidades, que, via de regra, não recebem o apoio federal devido. Com isso, na maioria das vezes, os órgãos municipais buscam soluções informais para suas pendências sanitárias.

A saúde constitui um direito social ao alcance de todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no País, apregoa o art. 6º combinado com o *caput* do art. 5º, ambos da Constituição Federal de 1988. Nesse aspecto, o ensaio indaga sobre a plenitude ou o alcance de seu acesso universal e igualitário à população de estrangeiros residentes nas cidades de fronteira do Mercosul.

Nesse mesmo viés, ainda, para além do Estado brasileiro, poderia o próprio processo de integração regional – Mercosul – ser um agente protagonista no desenvolvimento de políticas sanitárias nas suas respectivas cidades de zona de fronteira? Acaso a resposta seja positiva, destacar-se-ia uma das características centrais para a consolidação de uma integração regional sólida que vá além dos mecanismos de mercado e de capitais, focando-se na dimensão social de um bloco de países que compartilham fronteiras, problemáticas e interesses convergentes.

---

<sup>4</sup> Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Plano de trabalho interfederativo para a integração fronteiriça. Disponível em: <<http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicosAbertos/Attachments/18/Afr%C3%A2nio%20Jos%C3%A9%20Ribeiro%20de%20Castro%20-%2020109383%20-%20Des%20Regional%20P6.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2012, às 10h10min.

A análise bibliográfica revela que, apesar do direito constitucionalmente protegido ao acesso universal à saúde, diversos fatores interferem no pronto atendimento dos órgãos municipais – fronteiriços do Mercosul – constituídos para a efetivação de tal direito. Para tanto, concorrem a falta de critérios e de estrutura, aliada à ausência de institucionalização no que concerne o atendimento ao estrangeiro em cidades brasileiras de fronteira pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Isso remete às Secretarias de Saúde municipais e às prefeituras, além de situações complexas de administração, um poder de triagem quanto ao atendimento dos pacientes.

Na política de saúde, em relação aos espaços fronteiriços, um aspecto particularmente perverso identificado na implementação da Política Nacional de Saúde brasileira se refere às distinções de acesso em termos de nacionalidade. Ou seja, estudos relatam que a inclusão ou não inclusão de estrangeiros nos sistemas de saúde municipais depende muito mais do posicionamento ético-político dos gestores do que efetivamente da Política Nacional de Saúde, ambígua e contraditória com outros textos legais, como, por exemplo, o Estatuto do Estrangeiro.<sup>5</sup>

Esse aspecto “perverso” da política de saúde quanto ao estrangeiro está atrelado aos limites financeiros do município ante os repasses orçamentários da União. Esse fator pressupõe que os estrangeiros vivem um paradoxo entre as normas e a realidade. Assim, no plano ético-político, há o reconhecimento do direito universal e integral à saúde, porém, faticamente, o trâmite para a sua institucionalização como política pública enfrenta, entre outros percalços, a deficiência dos repasses financeiros do Estado aos municípios fronteiriços.

Diante desses pontos, o presente trabalho vai perpassar por alguns tópicos da problemática do direito à saúde do estrangeiro nas cidades brasileiras de fronteira do Mercosul. Portanto, tem por intento levantar alguns questionamentos sobre: a) a construção e as medidas unilaterais e conjuntas de uma dimensão social que aborde a saúde no Bloco; b) os motivos da busca pela

---

<sup>5</sup> NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GIMÉNES, Roser Pérez. A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças - Inovações e limites. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/Inovacao.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015, às 08h31min.

saúde por parte dos estrangeiros nas cidades de fronteira com o Brasil, seus entraves e problemáticas; e c) a efetivação (ou não) do direito à saúde no Bloco.

## 1 A DIMENSÃO SOCIAL DO MERCOSUL

A falta de um maior reconhecimento, ao menos em prática, da necessidade e da importância da agenda social, ou da criação mais consistente de uma, como requisito para a integração mais efetiva entre os países-membros do Mercosul, domina a atenção dos dirigentes políticos. Nesse sentido, registra-se, na dimensão social – que inclui as questões de educação e da saúde –, um considerável atraso em comparação a outras medidas de cunho econômico avançadas pelo Bloco composto por Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai<sup>6</sup>, desde 1991, pelo Tratado de Assunção<sup>7</sup>.

Mesmo que, no plano pragmático, as ações não se propaguem de forma devida, há especulações no campo teórico e desenvolvimento de reuniões e debates sobre os temas sociais (saúde). Por exemplo, o Decreto nº 6.594/2008, que instituiu o Programa Mercosul Social e Participativo, tem como objetivo “[...] promover o diálogo entre o Governo Federal e as organizações da sociedade civil sobre as políticas públicas para o Mercosul”<sup>8</sup>. A dimensão social de um bloco é necessária para o desenvolvimento de suas políticas públicas, e a participação social no engendramento e aplicação das mesmas serve como base legitimadora do processo.

Nessa linha de raciocínio, percebe-se que a existência da consciência sobre a necessidade de uma integração que ultrapasse os limites da transferência de mercadorias entre os quatro países é requisito mínimo para a consagração dos objetivos que norteiam o Mercosul<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> O Paraguai foi, recentemente (2012), afastado do bloco por decisão conjunta dos outros três países, dada ao suspeito e rápido *impeachment* do presidente em exercício, com a ascensão de seu vice-presidente (do partido opositor), desrespeitando assim a cláusula democrática do Bloco. A suspensão do Paraguai permitiu a entrada da Venezuela no Mercosul, que estava travada pelo Congresso paraguaio.

<sup>7</sup> Mercosul, Tratado para a constituição de um mercado comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/tratado-de-assuncao-1>>. Acesso em: 20 jun. 2012, às 10h24min.

<sup>8</sup> Mercosul Social e Participativo. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/mercosul-social-e-participativo>>. Acesso em: 20 jun. 2012, às 10h28min.

<sup>9</sup> “A dimensão social foi fortalecida pela criação do Instituto Social do Mercosul, com a finalidade de subsidiar a formulação de políticas sociais no âmbito regional. O estabelecimento da Comissão de

A condição social conquistou a atenção das autoridades ao longo dos anos 1990, principalmente por algumas institucionalizações construídas a partir do tema<sup>10</sup>. As Cúpulas Sociais se tornaram um evento regular da agenda oficial do Mercosul. Seu Subgrupo de Trabalho nº 11, ao tratar da saúde, constitui um ponto relevante na dimensão social. É assim que, em 1996, tem-se o registro de sua criação, cujo objetivo é:

[...] harmonizar as legislações dos Estados partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração.<sup>11</sup>

A harmonização das legislações é vital para o sucesso de políticas públicas na área da saúde nas cidades fronteiriças: “a saúde como direito fundamental do cidadão do Mercosul pressupõe a harmonização dos sistemas nacionais de saúde pública”<sup>12</sup>. Além de facilitar a continuidade dos tratamentos de estrangeiros quando fora do Brasil, também permite a mobilidade e a permissão para que profissionais da saúde de qualquer país do Mercosul pudessem exercer sua profissão legalmente dentro dessas fronteiras, enriquecendo, qualitativa e quantitativamente, o capital humano nessa área.

As medidas que apontam para o começo de uma integração mais profunda na dimensão social do Mercosul e que vêm contribuir para o tema da saúde podem ser vistas desde a criação dos subgrupos de trabalho. São poucos seus

---

Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais do Mercosul, encarregada de apresentar propostas de trabalho relativas ao Plano Estratégico de Ação Social, reforça esse aspecto relevante do processo de integração.” (Mercosul. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/americado-sul-e-integracao-regional/mercosul>>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 19h53min)

<sup>10</sup> “Com efeito, apenas em 1991, por pressão das entidades sindicais e outras organizações da sociedade civil, agregou-se aos 10 primeiros 10 subgrupos de trabalho instituídos pelo Tratado de Assunção, o subgrupo Relações Laborais, Emprego e Previdência Social, referido como Subcomissão 11, protagonista praticamente exclusiva da dimensão social da integração até 1995, quando se transformou no Subgrupo 10 – Relações Laborais, Emprego e Seguridade Social, abrindo espaço para a criação, em 1996, do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11).” (DRAIBE, Sônia Miriam. Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S174-S183, p. 175, 2007)

<sup>11</sup> Mercosul Salud, Sistemas de informação em saúde do Mercosul. Disponível em: <<http://www.mercosulsalud.org/portugues/sgt/rosgt11/index.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012, às 10h47min.

<sup>12</sup> Mercosul Social e Participativo, p. 37.

resultados. Podem-se citar, entre elas, os *Encontros com o Mercosul*. Tais encontros consistem em um ciclo de seminários de divulgação e debate sobre a integração regional. Tiveram início com o *Programa de Trabalho do Mercosul 2004-2006*. Esse programa objetivava propiciar a ampliação da participação da sociedade civil, bem como demonstrar o compromisso dos presidentes dos Estados partes com o Bloco. O projeto teve início recentemente, conferindo certa credibilidade ao compromisso dos tomadores de decisão na solidificação da integração regional em temáticas afora das comerciais, de maneira que:

Ele apresentava pela primeira vez o conceito de Mercosul Cidadão para se referir às políticas de integração da saúde, da educação, da cultura e da previdência social. Sua aprovação foi o sinal de inflexão do Bloco, que deixava de ser um acordo exclusivamente comercial e passava a incorporar os temas da integração social.<sup>13</sup>

A criação do *Parlamento do Mercosul* (Parlasul<sup>14</sup>), iniciado em 2004, também significa um passo recente e indispensável para a viabilidade de políticas públicas conjuntas na região sobre a problemática da doença e o acesso à saúde. Foram constituídas dez comissões permanentes e duas especiais. Entre elas estão a Comissão de Desenvolvimento Regional Sustentável, a de Ordenamento Territorial, a de Moradia, a de Saúde, a do Meio Ambiente, a de Turismo, além da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Essas comissões têm potencial relevante para ajudar a coordenar as políticas federais de saúde nas zonas de fronteira e a atenção aos estrangeiros e suas particularidades.

É importante ressaltar que, a partir de 2002, foram tomadas algumas medidas relativas à integração em sua dimensão social.

Em janeiro de 2007, foram aprovados os primeiros projetos para o tratamento das assimetrias entre os países do Bloco pelo Fundo para a Convergência Estrutural e Fortalecimento Institucional do Mercosul (Focem). Hoje são 25 projetos, orçados em quase

<sup>13</sup> Idem, p. 16.

<sup>14</sup> Oficialmente, o Parlasul foi constituído em 14 de dezembro de 2006, em Brasília (DF), em sessão solene do Congresso Nacional, com a presença de representantes de todos os Estados parte. Até dezembro de 2009, o Parlamento do Mercosul realizou 22 sessões plenárias ordinárias, quatro sessões especiais e seis extraordinárias. (Idem, p. 8)

US\$ 200 milhões, a maior parte destinada ao Paraguai e ao Uruguai.<sup>15</sup>

De qualquer forma, os valores não parecem ser suficientes. Assim, os municípios fronteiriços, como agentes práticos, buscam, em sua maioria, algum tipo de acordo com o outro lado da fronteira, na tentativa de amenizar, ou de regularizar, da maneira mais conveniente, a capacidade de atendimento pela estrutura de saúde municipal<sup>16</sup>:

Algumas discussões são realizadas em fóruns regionais nos limites de cada fronteira, como nas comissões binacionais de saúde; nas comissões regionais de fronteira ligadas às coordenadorias regionais de saúde no Brasil; nos fóruns regionais de gestores de municípios de fronteira; por intermédio de contatos e acordos entre os consulados para encaminhar questões de saúde, assistência social, legalização da documentação. Coordenado pela Itaipu Binacional, existe um grupo de trabalho que trata das questões referentes à saúde nas fronteiras e da articulação de ações e serviços entre as municipalidades brasileiras e dos países vizinhos, no âmbito informal, para a assistência da população fronteiriça.

As iniciativas Itaipu-binacional são um exemplo de ação local, no âmbito informal, que possui considerável relevância na vida e na assistência à saúde para muitas populações de seu entorno: “Os investimentos da Itaipu na melhoria e na ampliação da cobertura dos serviços de saúde pública no Paraguai beneficiaram, desde 2003, mais de 1,7 milhão de pessoas de baixa renda, sem custos para os pacientes atendidos”<sup>17</sup>.

As alternativas informais<sup>18</sup> influenciam muito nas regiões de fronteira e, assim como a iniciativa Itaipu, são incentiváveis e de papel vital para o

---

<sup>15</sup> *Idem*, p. 10.

<sup>16</sup> DAL PRÁ, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamaso. O desafio da integração social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23, p. 175, 2007.

<sup>17</sup> Disponível em: <<http://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude>>. Acesso em: 19 ago. 2012, às 20h05min.

<sup>18</sup> Entende-se: sem influência governamental.

desenvolvimento sustentável, da empresa e da região. Por outro lado, a informalidade e a não presença do Estado brasileiro, em seu papel de prestador sanitário central, no tema da saúde dá margem para o crescimento do aspecto “perverso” da política nacional de saúde.

Disso, o “Plano de Trabalho para a Consolidação de Políticas de Determinantes Sociais e Sistemas de Saúde”, aprovado em 2009 pelos ministros da Saúde dos Estados partes e Associados, dá as diretrizes sociais para a saúde na região. O fortalecimento de articulações entre as políticas públicas regionais de todas as áreas sociais do Mercosul é indispensável para que se atinjam os objetivos definidos pelo plano.

Em relação ao Brasil, o plano demonstra um compromisso renovado entre o Estado, o Sistema Único de Saúde e seu pleno funcionamento frente à Constituição de 1988. Trata-se de uma negociação inédita entre a União, os Estados e os Municípios. São estratégias que apontam na direção da formalização de um novo pacto federativo para a área da saúde: “Um pacto baseado na definição de responsabilidades sanitárias, na construção de um novo modelo de financiamento para o setor, na gestão solidária e cooperativa, no fortalecimento do controle social”<sup>19</sup>. Dessa forma, o Pacto pela Saúde consiste na

[...] efetivação do controle social ao determinar que os gestores das três esferas de governo assumam publicamente suas responsabilidades. Os “termos de compromisso de gestão”, que deverão ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde, vão implicar na qualificação dos processos de planejamento, programação e avaliação das políticas de saúde.<sup>20</sup>

A importância da formalização desse pacto ser revela a partir do *Termo de Compromisso de Gestão*. Nesse sentido, traçam-se as metas e os objetivos do Pacto pela Vida e as atribuições de cada gestor, incluindo-se, também, as responsabilidades entre a União, os Estados e os Municípios. O Pacto pela Saúde busca redefinir o compromisso com a prestação da saúde pelo Estado, e “delimita

<sup>19</sup> Conselho Nacional de Saúde. O papel dos conselhos na afirmação do Pacto pela Saúde. *Informativo Eletrônico do CNS*. Publicação do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, a. III, n. 17, jun. 2006. Coord. Alessandra Ximenes. Jornalistas responsáveis: Alessandro Saturno (3913JP/DF), Verbena Melo (3836JP/DF) e Nita Queiroz (2966JP/DF). Diagramação: Verbena Melo e Willian Barreto. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/informativo17.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2012, às 21h03min.

<sup>20</sup> Idem.

responsabilidades coletivas e específicas para os três gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no campo do gerenciamento e da atenção à saúde”<sup>21</sup>.

A dimensão social do Mercosul é, assim, parte inalienável do processo de integração, desenvolvimento sustentável da região e pilar para o sucesso das políticas públicas em saúde nas cidades brasileiras de fronteira. As iniciativas informais necessitam ser reforçadas e institucionalizadas, contando com a participação efetiva dos governos federais. Com tal propósito, objetiva-se o máximo de equidade na prestação de serviços de saúde a essas populações que procuram atendimento e que necessitam de cuidados fora de seus países de origem, mas dentro do Mercosul.

## **2 A BUSCA DA SAÚDE NAS CIDADES FRONTEIRIÇAS NO MERCOSUL**

Conforme a região do Brasil, é diferente a procura de estrangeiros pelo SUS (Sistema Único de Saúde) na fronteira. Uma pesquisa do Caderno de Saúde do Rio de Janeiro coletou dados com os Secretários Municipais de Saúde, que informaram a existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS em 75% dos municípios (50), sendo frequente ou muito frequente em 36% (24) das localidades<sup>22</sup>.

A questão de maior interesse para o presente artigo relaciona-se ao direito dos estrangeiros do Mercosul ao atendimento via SUS às implicações para a efetivação do direito à saúde. Nesse sentido, 70% dos Secretários Municipais de Saúde afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento, e mais, que todo estrangeiro receberia algum tipo de atendimento. Porém, em 28% dos municípios fronteiriços, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, devendo retornar aos países de origem, “do outro lado da fronteira”, após a intervenção médica. Ainda de acordo com a pesquisa, em 69% das localidades, é exigido documento de identidade e, em 49% dos municípios, comprovante de residência e documento de identidade. Também há algumas localidades que pedem um cartão municipal obrigatório para o atendimento.

---

<sup>21</sup> Idem.

<sup>22</sup> GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Op. cit., p. 251-266. Pesquisa na qual foram analisados 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina.

Considerando-se que grande parte das pessoas que buscam algum tipo de assistência são pobres, ou paupérrimas<sup>23</sup>, e que, ainda, em especial no Paraguai, há populações indígenas que chegam aos hospitais e às emergências do SUS, onde barreiras burocráticas as fazem buscar subterfúgios. Um deles é deixar suas condições de saúde se agravarem para que sejam atendidas como casos emergenciais, já que o SUS é, nesses casos, obrigado a atender essa demanda.

No caso de cidades gêmeas, há uma demanda de estrangeiros residentes no município que, de modo frequente ou muito frequente, em mais da metade deles (53%), buscam o SUS para atendimento. Em um terço dos municípios, os cidadãos que trabalham no lado brasileiro e que moram no estrangeiro também buscam o SUS. Como informa a pesquisa,

a maioria dos municípios (69%) não registra os atendimentos como prestados a estrangeiros. Apenas 40% (21 em 53) dos secretários municipais de saúde de municípios que atendem estrangeiros apresentaram estimativa mensal de atendimentos a estrangeiros, e somente três municípios informaram os números registrados de atendimentos.<sup>24</sup> As estimativas de atendimentos mensais a estrangeiros variaram: oito secretários municipais de saúde estimaram realizar em média até 10 atendimentos, sete informaram estimativas entre 11 e 100 casos, e seis secretários estimaram entre 100 e 500 atendimentos mensais.<sup>25</sup>

Esses dados são alarmantes e demonstram problemas de administração nos três níveis do sistema (municipal, estadual e federal). Essa dificuldade é

<sup>23</sup> "El índice de condiciones de vida intentó abarcar la dimensión económica, educacional y de vivienda de las poblaciones fronterizas y se compone de las siguientes variables: proporción de personas que viven en domicilios con renta familiar per cápita menor de 1/4 del salario mínimo; proporción de personas con más de 25 años con menos de 4 años de estudio; proporción de personas con 15 años o más analfabetas; proporción de personas que viven en domicilios sin agua corriente y lavabo; proporción de personas que viven en domicilios con más de 2 personas por habitación." (PEITER, Paulo César. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23, p. 237-250, 2007)

<sup>24</sup> GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Op. cit., p. 257.

<sup>25</sup> Idem, p. 258.

reconhecida pelo Sistema de Planejamento do SUS (2009)<sup>26</sup>, quando se verifica que a maioria das cidades de fronteira são de pequeno porte e de organização bastante precária:

O processo ascendente de planejamento definido pela Lei Orgânica da Saúde configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, em especial aqueles das esferas estadual e nacional, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde ainda prevalente, tanto em relação ao acesso, quanto à integralidade e à qualidade da atenção prestada. Em relação à gestão, é importante levar em conta o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que 48% menos de 10 mil (Estimativa Populacional 2003/IBGE). Particularmente no tocante ao planejamento, a organização das ações ainda é bastante precária, principalmente nos municípios de médio e pequeno portes, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS neste nível.<sup>27</sup>

Evidencia-se a falta de alcance dos “tentáculos” do Estado e, conseqüentemente, a falta de controle e de gerência, processo-chave no sistema de hierarquia orçamentária do SUS, o qual depende dos dados repassados pelos municípios e pelos Estados para a União para que haja o repasse orçamentário desta para aqueles.

O Sistema de Planejamento do SUS, igualmente, ressalta algumas das maiores carências do Sistema de uma forma geral, não apenas nas cidades de fronteira. A partir dele, é possível afirmar que o SUS possui debilidades em cidades que logram de maior organização e respaldo de uma consistente base de dados de suas Secretarias de Saúde. Nas cidades de fronteira com má gerência e

<sup>26</sup> “Trata das bases de organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS - Planeja SUS, indicada por dirigentes e técnicos que atuam nesta área, nas três esferas de gestão, participantes dos encontros realizados nos meses de abril e maio de 2008.” (Ministério da Saúde, Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v1\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v1_3ed.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 21h37min)

<sup>27</sup> *Idem*, p. 22.

organização, tais carências são perceptíveis com maior significância. Assim, há de se ressaltar que:

[...] falta, não raro, infraestrutura e atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si – sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo –, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico do território em que atuam. Tais condições são estratégicas para a coordenação do processo de planejamento e, portanto, para o funcionamento harmônico do Planeja SUS.<sup>28</sup>

Em vista dessas problemáticas de logística e administração é que entrariam os postulados do Pacto pela Saúde, mencionado anteriormente neste trabalho, em particular: “[...] a institucionalização e o fortalecimento deste Sistema, ‘com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS’”<sup>29</sup>.

Averiguadas e confirmadas as carências do sistema bem como verificada a dificuldade de gestão por parte da União, outra questão fica pendente e, por isso, deve ser explorada. Relaciona-se às razões que levam os estrangeiros do Mercosul a procurarem o SUS, mesmo com risco de não serem atendidos e/ou não obterem um serviço de qualidade que alcance a resolução (cura) das possíveis enfermidades que afligem o cidadão.

Já a pesquisa publicada no Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro encontrou no item Proximidade geográfica com o município (68% dos casos) o principal motivo de procura do SUS por estrangeiros. Ademais, a insuficiência de serviços públicos de saúde no país de origem chega a 66%; a facilidade de ser atendido, a 60%; a urgência ou gravidade do caso, em 60%; e, por último, a qualidade da atenção à saúde no SUS, em 58% dos casos, foram os motivos mais apontados<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Idem, p. 23.

<sup>29</sup> Idem, *ibidem*.

<sup>30</sup> GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Op. cit.

---

Nessa mesma pesquisa, mostra-se evidente a relevância da falta de infraestrutura comum de uma cidade de pequeno porte frente à demanda de atendimento de seus nacionais e estrangeiros. Assim, geralmente, essas cidades de pequeno e de médio portes possuem, predominantemente, unidades de assistência do SUS de atenção básica presentes em quase todos (97%) os municípios pesquisados. Entre os participantes pesquisados pela revista, 40% dispõem de, apenas, duas UBS<sup>31</sup> (Unidades Básicas de Saúde) e 80% de até 5 UBS.

Outros dados interessantes da pesquisa mostram que um terço dos municípios estudados não possui hospital e outros 31% têm menos de 50 leitos no SUS. Além disso, quem procura uma atenção especializada a encontrará em apenas 15% dos municípios, os que possuem alguma unidade hospitalar semelhante a alguma policlínica. Para amenizar carências dessa natureza, há programas como o Programa Saúde da Família (PSF), que busca a “[...] promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes”<sup>32</sup>. Todo trabalho de assistência é feito por equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica específica. De acordo com a pesquisa do Caderno de Saúde, tal serviço:

Está implantado em 80% dos municípios e a cobertura populacional é elevada. Mais da metade (54%) dos municípios cobre entre 81% e 100% da sua população, ainda que o número de equipes de saúde da família seja pequeno: em 46% dos municípios atuam de uma a duas equipes de saúde da família e em 27% de 3 a 5 equipes.<sup>33</sup>

Portanto, vários pontos podem ser considerados nessa sessão acerca da busca pela saúde nas cidades de fronteira. Estudos revelam que a proximidade

<sup>31</sup> “As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais.” (Portal Brasil. Usuários do SUS serão atendidos em unidades próximas a seus domicílios. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude>>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 23h29min)

<sup>32</sup> Ministério da Saúde, Programa Saúde da Família (PSF). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 23h36min.

<sup>33</sup> GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Op. cit., p. 255.

geográfica com a unidade de assistência, ou hospital, constitui o aspecto mais relevante para esses estrangeiros que buscam auxílio médico. Chegando ao local de assistência, esses pacientes se defrontam com inúmeros percalços que dificultam ou que impossibilitam o seu atendimento. Esses empecilhos são, principalmente, de origem burocrática, de ética-racial e de infraestrutura. Estão vinculados à grande dificuldade que o Estado brasileiro tem em gerar e em assegurar o orçamento e a estrutura que poderiam abranger esses estrangeiros, além de lhes garantir a prestação do serviço de saúde universal brasileiro.

Desse ponto em diante, a abordagem final do presente artigo buscará reafirmar o papel assumido pelo Brasil na área da saúde em sua Constituição e nos demais compromissos internacionais, confrontando-os com a reflexão previamente feita neste ensaio.

### **3 ENTRE AS NORMAS E A REALIDADE: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO MERCOSUL**

Formalizar acordos de fronteira consiste em um passo importante para garantir o bem-estar, a integridade e a dignidade das pessoas que vivem nessas áreas. Mas a demora de medidas que atinjam os problemas decorrentes do (in)acesso à saúde na fronteira clama pelo entendimento das normatizações já existentes sobre o assunto.

A própria noção de estrangeiro precisa ser revista e aplicada, de maneira que se pondere a situação especial dessas pessoas, visto que as abordagens do Estatuto do Estrangeiro são anteriores ao Tratado de Assunção:

Art. 21. Ao natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território nacional, respeitados os interesses da segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade.

§ 1º Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou frequentar estabelecimento de ensino naqueles municípios, será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso.

§ 2º Os documentos referidos no parágrafo anterior não conferem o direito de residência no Brasil, nem

autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios.

Esses dispositivos ainda são eivados de processos burocráticos e de requerimentos de documentos que, em geral, são demasiado custosos para as pessoas que precisam de atendimento por meio do SUS. De acordo com a já citada pesquisa do Caderno de Saúde do Rio de Janeiro<sup>34</sup>, parte dos secretários municipais entrevistados considerou como estrangeiros: brasileiros não residentes no País, brasileiros com dupla nacionalidade e, por vezes, filhos de brasileiros nascidos em outro país, ou filhos de estrangeiros nascidos no Brasil sem documentação brasileira por insuficiência de renda familiar para regularizar a cidadania.

Pode-se argumentar que o Estatuto do Estrangeiro seja deveras abrangente, criado em um contexto que priorizava a segurança nacional em detrimento aos Direitos Humanos. Exatamente por isso, consideram-se sobremaneira as posições dos Acordos Internacionais e da Constituição de 1988 quanto ao tema. De acordo com a Carta Magna, constitui-se uma violação de direitos fundamentais qualquer barreira ao atendimento de qualquer pessoa no sistema de saúde.

Nessa linha de raciocínio, a Lei nº 8080, em seu art. 2º, diz que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O Estatuto do Estrangeiro não conta com uma delimitação maior sobre o tema. Mas, ao assunto, é aplicável os ditames do art. 5º, *caput*, da Constituição Federal: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade”. É arcabouço jurídico suficiente a dar suporte ao direito dos estrangeiros pertencentes ao Mercosul acessarem o SUS nas cidades brasileiras das fronteiras do Bloco.

Não se esqueça, ainda, a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), da qual Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai são signatários, e a Carta de Direitos e Obrigações dos Estados de 1949. Por exemplo, o artigo VII daquela declaração menciona que:

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Dessa

---

<sup>34</sup> Idem.

maneira, todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Na mesma senda, o artigo III e o artigo VI expressam, respectivamente, que “toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” e que “toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei”. No caso do “recurso do indivíduo aos tribunais internacionais”, a Corte Interamericana de Direitos Humanos<sup>35</sup>, sediada em São José da Costa Rica, seria o fórum adequado para a discussão. Neste contexto, Bonavides, citado por Schwartz, relembra:

Ainda embora muito pouco enraizado no imaginário de juristas brasileiros – principalmente advogados –, resta a hipótese de recurso do indivíduo aos tribunais internacionais protetores dos Direitos Humanos, quando a saúde lhe for negada, já que é um direito fundamental do homem e pelo Brasil ser signatário da Declaração Universal dos Direitos do Homem, verdadeira Constituição das Nações Unidas e lastro último da proteção dos direitos fundamentais do homem.<sup>36</sup>

Ademais, a Carta de Direitos e Obrigações dos Estados (1949) traz, em seu artigo VI, que “todo Estado tem o dever de tratar a todas as pessoas sobre sua jurisdição com respeito pelos Direitos Humanos e as liberdades fundamentais, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião”. Dessa forma, cristaliza-se a obrigação do Estado brasileiro em garantir o direito fundamental à saúde, tanto de brasileiros quanto de estrangeiros.

Em nível de integração regional no tema saúde e a dimensão social em geral, a Cúpula Social do Mercosul (2009) tem reafirmado o reconhecimento da prestação pelos Estados do direito à saúde dos cidadãos do Mercosul.

---

<sup>35</sup> A Corte Interamericana de Direitos Humanos é um órgão judicial autônomo que tem sede em San José (Costa Rica), cujo propósito é aplicar e interpretar a Convenção Americana de Direitos Humanos e outros tratados de Direitos Humanos. Faz parte do chamado Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos.

<sup>36</sup> SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: 2001. p. 130.

Consideramos que a saúde é um direito humano e social inalienável, sendo dever e obrigação dos Estados garanti-la com financiamento público.

A saúde coletiva e a qualidade de vida devem ser prioridades da agenda dos países membros do Mercosul, com uma real participação dos povos no desenho, execução, gestão e controle das políticas públicas.

As determinações sociais, econômicas, culturais e ecológicas são responsáveis pela construção social da saúde coletiva de nossos povos.

Consideramos que alimentação adequada, moradia digna, educação, trabalho, acesso à água potável e serviços sanitários integrais, entre outros direitos sociais, econômicos e culturais, contribuem para o cuidado da saúde.<sup>37</sup>

Portanto, a garantia da saúde como direito humano, inalienável e proporcionada por financiamento do Estado, é reconhecida e legítima dentro do Mercosul. Por outro lado, que o plano retórico não segue fidedignamente o pragmático, também é fato consumado nas cidades de fronteira do Mercosul. Tudo indica, até o presente momento, que os esforços do Estado brasileiro e da dimensão social do Mercosul convergem para tornar o Sistema mais eficiente e renovar, uma vez mais, o compromisso entre a Constituição brasileira e as normas internacionais firmadas pelos países do Mercosul acerca de Direitos Humanos, em especial no caso da saúde, tornando realidade atendimento a estrangeiros do Bloco nas cidades de fronteira.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há vários aspectos relativos ao acesso da saúde nas fronteiras e ao papel da dimensão social do Mercosul que não são o foco deste artigo. Todavia, há questões não abordadas relativas à soberania nacional territorial e o consequente conceito de cidadania segundo esses parâmetros que seriam discutíveis e importantes para uma análise mais profunda do problema exposto.

---

<sup>37</sup> Mercosul Social e Participativo, p. 40.

O que o presente trabalho buscou demonstrar foi o engendramento de algumas medidas conjuntas, unilaterais e bilaterais. Medidas de dimensão social que aborde a saúde no Bloco, tais como a criação do Parlasul e de suas Comissões de Desenvolvimento, o Subgrupo de Trabalho 11 e a Iniciativa Itaipu, entre outros.

Além disso, os motivos da busca pela saúde por parte dos estrangeiros nas cidades de fronteira com o Brasil revelou que a proximidade geográfica é o que se mostra mais importante na decisão do estrangeiro em acessar o sistema de saúde brasileiro. Adrede, foram expostas algumas das principais fragilidades do gerenciamento do sistema hierárquico de saúde no Brasil e suas consequências.

Por fim, conclui-se que não há uma efetivação satisfatória do direito à saúde no Bloco e que há incompatibilidade da situação real e da situação normativa do atendimento de estrangeiros nas zonas de fronteira, ou, no geral, do acesso desses cidadãos ao sistema de saúde. Tudo isso se dá em discrepância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Carta de Direitos e Obrigações do Estado (1949), o Estatuto do Estrangeiro (1980) e a própria Constituição brasileira de 1988.

E mais: por mais lento que o processo de integração demonstre ser, ainda mais em sua dimensão social em face de características compreensíveis e intrínsecas à realidade das assimetrias econômicas de cada país, os políticos, os profissionais e os gestores das fronteiras já compartilham um dia a dia em que populações que se deslocam de um lado da fronteira para o outro utilizam-se de serviços em países vizinhos. Para que a apatia dos Estados, por inúmeras razões, não se prolongue na tomada de atitudes mais pragmáticas quanto a essa realidade, faz-se imprescindível a implementação de ações conjuntas visíveis no campo da saúde e no respeito aos Direitos Humanos, pois:

Doenças comunicáveis e desastres sociais não respeitam fronteiras; estruturas de média e alta complexidade demandam organização de entrada e escala de uso; diferenciações no padrão de qualidade e no escopo da atenção ofertada estimulam migrações para usos de serviços nos países vizinhos; utilização dos serviços por parte de populações estrangeiras à nação ofertante, representada pelo fluxo informal da demanda, geram sub-registros e dificuldade de planejamento das ações; peculiaridades das fronteiras, como, por exemplo,

a magnitude da população móvel marcada pelo tráfico, prostituição, contrabandos, deslocamento de caminhoneiros, impactam substancialmente a saúde da população; e o caráter de intersetorialidade da saúde torna-a afeta ao desenvolvimento e qualidade da infraestrutura de demais setores (saneamento, educação, condições de trabalho, voz política, etc.).<sup>38</sup>

Reafirmando-se o dito: tal realidade vai de encontro ao Direito Internacional, ao respeito aos Direitos Humanos e às obrigações do Estado nas suas relações internacionais – no caso do Mercosul – com o ser humano. O acesso universal e igualitário à população de estrangeiros residentes nas cidades de fronteira do Mercosul carece de um sistema menos burocrático para sua eficiência, e também de trabalho conjunto entre os países Mercosulinos para que se logre a estrutura de atendimento necessária aos pacientes e para que se incuta a seguinte noção de responsabilidade compartilhada entre os países do Bloco: todos seus cidadãos possuem direito de acessar os sistemas de saúde de cada um dos países componentes do Mercosul.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO Nacional de Saúde. O papel dos conselhos na afirmação do Pacto pela Saúde. *Informativo Eletrônico do CNS*. Publicação do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, a. III, n. 17, jun. 2006. Coord. Alessandra Ximenes. Jornalistas responsáveis: Alessandro Saturno (3913JP/DF), Verbena Melo (3836JP/DF) e Nita Queiroz (2966JP/DF). Diagramação: Verbena Melo e Willian Barreto. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/informativo17.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2012, às 21h03min.

DAL PRÁ, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamaso. O desafio da integração social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23, p. 164-173, 2007.

DRAIBE, Sônia Miriam. Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2, p. 174-183, 2007.

---

<sup>38</sup> WELZ, Lilian. A saúde no processo de integração no âmbito do Mercosul: um estudo de suas resoluções e acordos. Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste. Cascavel, 2009. p. 61.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; VASCONCELOS, Lenaura Costa Lobato de; DAMACENA, Gisele Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2, p. 251-266, 2007. Disponível em: <<http://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude>>. Acesso em: 19 ago. 2012, às 20h05min.

INSTITUTO Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Plano de trabalho interfederativo para a integração fronteiriça. Disponível em: <<http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicosAbertos/Attachments/18/Afr%C3%A2nio%20Jos%C3%A9%20Ribeiro%20de%20Castro%20-%20109383%20-%20Des%20Regional%20P6.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2012, às 10h10min.

MERCOSUL Salud. Sistemas de informação em saúde do Mercosul. Disponível em: <<http://www.mercosulsalud.org/portugues/sgt/rosgt11/index.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012, às 10h47min.

MERCOSUL Social e Participativo. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/merc-sul-social-e-participativo>>. Acesso em: 20 jun. 2012, às 10h28min.

MERCOSUL. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/america-do-sul-e-integracao-regional/merc-sul>>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 19h53min.

\_\_\_\_\_. Tratado para a constituição de um mercado comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/tratado-de-assuncao-1>>. Acesso em: 20 jun. 2012, às 10h24min.

MINISTÉRIO da Saúde. Programa Saúde da Família (PSF). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 23h36min.

\_\_\_\_\_. Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v1\\_3ed.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v1_3ed.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 21h37min.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GIMÉNES, Roser Pérez. A política nacional de saúde para as regiões fronteiriças - Inovações e limites. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/Inovacao.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015, às 08h31min.

PEITER, Paulo César. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23, p. 237-250, 2007.

PORTAL Brasil. Usuários do SUS serão atendidos em unidades próximas a seus domicílios. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude>>. Acesso em: 28 ago. 2012, às 23h29min.

SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: 2001.

WELZ, Lilian. A saúde no processo de integração no âmbito do Mercosul: um estudo de suas resoluções e acordos. Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Cascavel, 2009.