

PESQUISA

SAÚDE NAS FRONTEIRAS:

ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Sumário executivo

Lígia Giovanella
Luisa Guimarães
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Vera Maria Ribeiro Nogueira
Giseli Nogueira Damacena
Marcela Cunha

RIO DE JANEIRO
2007



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS
POLÍTICO-SOCIAIS EM SAÚDE



Universidade Federal Fluminense



Universidade Federal de
Santa Catarina



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico



Red de
Investigación en
Sistemas y Servicios de
Salud en el Cono Sur

Equipe de pesquisa

Lígia Giovanella – coordenadora – pesquisadora titular do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Luisa Guimarães – doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Ensp/Fiocruz, funcionária do Ministério da Saúde

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – coordenadora do Núcleo de Avaliação de Políticas, professora do Programa de Estudos Pós-graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF)

Vera Maria Ribeiro Nogueira – professora do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Escola de Serviço Social, Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas

Pesquisadoras de campo

Daniela Castamann – mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina, professora do Curso de Serviço Social da Faculdade do Noroeste Paranaense

Keli Regina Dal Prá – doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Patty Fidelis de Almeida – doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ

Rafaela Brustolin Hellmann – mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC, membro do núcleo Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social da UFSC

Rosângela da Silva Almeida – doutoranda em Serviço Social na PUCRS e professora do Curso de Serviço Social da Universidade de Santa Cruz do Sul

Assessoria estatística

Giseli Nogueira Damascena – mestre pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) e pesquisadora colaboradora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/ FIOCRUZ

Auxiliares de pesquisa

Marcela Silva da Cunha – psicóloga, bolsista FAPERJ do NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Carina Pacheco Teixeira – historiadora, bolsista FIOTEC do NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Auxiliares administrativos

Lincoln Xavier da Silva – estudante de pedagogia UERJ, auxiliar administrativo do NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Luis Cláudio Guimarães da Silva – técnico em administração, auxiliar administrativo do NUPES/DAPS/ENSP/

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

G512s Giovanella, Lígia (coord.)
Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro : ENSP / Fiocruz , 2007.
70 p., tab.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Cooperação Internacional. 3. Saúde na Fronteira. 4. Sistema Único de Saúde. 5. União Européia. 6. Política de Saúde. 7. América Latina. 8. Brasil.

CDD - 22.ed. – 337.1098

Agradecimentos

A realização da pesquisa contou com o apoio de diversas instituições e profissionais aos quais gostaríamos de agradecer. As parcerias com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) foram imprescindíveis para a realização da pesquisa. A colaboração do CONASEMS foi fundamental na facilitação do acesso aos secretários de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira para a realização do trabalho de campo, e ainda no levantamento de dados iniciais dos municípios brasileiros da linha de fronteira. O apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) permitiu contato com os secretários nos estados.

Em especial, agradecemos a todos os sujeitos de nossa pesquisa, atores-chave dos sistemas de saúde nas fronteiras e dos processos de integração no Mercosul, pela disponibilidade de seu conhecimento, experiência e tempo para realização das entrevistas. Nossos agradecimentos aos 67 secretários municipais entrevistados no inquérito pela adesão e interesse no debate dos temas da pesquisa; às autoridades das localidades estrangeiras de Rivera, Pedro Juan Caballero, Bernardo Irigoyen, Puerto Iguazú e Ciudad del Este pelas informações sobre os sistemas de saúde de seus países e suas perspectivas sobre demandas em saúde nas fronteiras; aos secretários estaduais de saúde dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul pelo compartilhamento de suas percepções sobre os temas da pesquisa; aos coordenadores nacionais do SGT 11 Saúde Mercosul da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai pelas informações sobre o funcionamento destes fóruns nos países e perspectivas para o desenvolvimento de temas de saúde e acordos específicos no Mercosul.

Às pesquisadoras de campo, profissionais competentes que visitaram as 69 localidades de fronteira, muitas delas de difícil acesso, agradecemos a dedicação e a competência que possibilitou entrevistar 67 secretários municipais de saúde viabilizando a realização do inquérito.

Ao Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu e à Itaipu Binacional agradecemos o apoio nas visitas à região. A secretaria do MERCOSUL em Montevideu colaborou com a apresentação de sua estrutura, organização e funcionamento na visita à sua sede. Ao Núcleo de Representação Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul agradecemos o suporte e participação nas visitas na fronteira do estado. Aos técnicos do Ministério da Saúde pelo apoio com informações sobre os municípios estudados e suporte em algumas viagens.

Finalmente, agradecemos a todos os profissionais de cada uma das instituições visitadas pelas informações prestadas e apoio na realização das entrevistas. Ao grupo de profissionais técnicos e administrativos do NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ agradecemos todo o apoio logístico para realização da pesquisa e elaboração de relatórios.

Ao CNPq pelo apoio financeiro, sem o qual não teria sido possível a realização desta pesquisa.

Equipe de coordenação

Sumário

Apresentação	7
Introdução	9
I. Objetivos	11
II. Metodologia	13
II.1 Inquérito com secretários municipais de saúde dos municípios da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai	13
II.2 Visitas e entrevistas semi-estruturadas em 4 casos de cidades-gêmeas	15
II.3 Entrevistas com atores-chave nacionais e estaduais	16
II.4 Revisão bibliográfica sobre repercussões nas políticas de saúde da integração regional entre países na União Européia	16
III. Características da fronteira e dos municípios de fronteira estudados	17
III.1 Os municípios estudados	19
IV. Fluxos e trânsitos transfronteiriços	23
V. Acesso e demanda de estrangeiros no SUS	25
VI. Motivos de busca e dificuldades para a gestão decorrentes da demanda de estrangeiros	31
VII. Presença de estratégias locais para a cooperação internacional em saúde	35
VIII. Desafios para garantia de acesso aos serviços de saúde aos cidadãos de fronteira	39
IX. Integração regional e direito à saúde	43
X. A experiência da União Européia: repercussões do mercado interno europeu sobre as políticas de saúde	45
X.1 Constituição, desenvolvimento e alargamento da União Européia	45
X.2 Institucionalização e organismos comunitários da União Européia	46
X.3 A formação do mercado único europeu e repercussões sobre as políticas de saúde	47
X.4 A saúde nos Tratados da União Européia: ações de saúde pública	48
X.5 Repercussões da livre circulação sobre as políticas de saúde	48
X.6 A regulamentação do acesso à saúde em outro Estado-Membro	49
X.7 A interpretação do direito comunitário de acesso aos serviços de saúde	50
X.8 Cuidados integrados entre países e nas regiões de fronteira	51
XI. Síntese das principais repercussões do mercado interno europeu sobre as políticas de saúde e lições para o Mercosul	53
XII. Mapas com resultados selecionados do inquérito	55
XIII. Perfil sócio-demográfico e assistencial dos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai	65
XIV. Referências bibliográficas	79

Apresentação

O Mercosul é um dos mais importantes movimentos de integração econômica regional nas Américas. Com o projeto de articular e formar mercados, busca integrar territórios para alcançar a livre circulação de pessoas, de produtos, de capital e de serviços. A integração regional faz parte de conjunto de fenômenos geopolíticos recentes resultantes de esforços governamentais, com motivações econômicas, nos quais ocorrem impactos sobre as políticas de saúde, inesperados – decorrentes de política macroeconômicas, ou esperados devido às maiores facilidades da circulação de pessoas bens e serviços no território. Ainda que não esteja presente nos fundamentos das motivações de processos de integração econômica regional, a tendência é de que a saúde ocupe gradualmente espaço na agenda e nas instituições.

A experiência de meio século da União Européia indica que quando compõe a agenda regional, a saúde é potencializada como fator de desenvolvimento e de integração. Assim, é fundamental conhecer de que modo os avanços do Mercosul vem repercutindo nas políticas e no acesso aos serviços de saúde para os Países fundadores: Argentina, Brasil, Paraguay e Uruguay.

Para observar as repercussões de processos de integração econômica as fronteiras são espaços privilegiados, pois são territórios de convivência cotidiana entre diferentes sistemas legais, culturais e sociais onde primeiro e com mais intensidade ocorrem as interações e se manifestam tendências. Além disso, nas fronteiras as comunidades exibem trocas e intercâmbios constantes anteriores à formação de mercados que ao representar movimentos vivos de integração trazem elementos para a compreensão e análise da realidade das repercussões dos avanços do Mercosul na saúde.

Para o Brasil, o avanço do Mercosul é de interesse geográfico estratégico considerando a extensa linha de fronteira, cujo privilégio é a proximidade com o território de quase todas as Nações Sul-

Americanas. Distantes dos centros, as comunidades fronteiriças brasileiras são os primeiros espaços territoriais a viverem os efeitos da integração econômica regional no Mercosul. Com relações históricas anteriores ao Mercosul, as comunidades fronteiriças exibem variáveis perfis de transações sócio-culturais e econômicas e demonstram a expectativa de benefícios com a integração territorial.

A presente publicação apresenta as reflexões nesse campo construídas a partir de pesquisa sobre acesso à saúde nos municípios brasileiros fronteiriços na perspectiva das autoridades sanitárias locais, regionais e nacionais, concluída em 2007 e realizada com o apoio financeiro do CNPq. O acervo inclui: seleção de informações e análises que conformam descrição exploratória da realidade das fronteiras internas do Mercosul, com caracterização sócio-demográfica e assistencial do municípios brasileiros de fronteira, resultados de inquérito com secretários municipais de saúde e análise da experiência da União Européia quanto às repercussões do mercado interno europeu sobre políticas de saúde e acesso a serviços de saúde em outro Estado-membro. Trata-se de um documento de trabalho para apoiar estudos, propostas e políticas voltadas para a situação de fronteira com ênfase na saúde. Dados e informações completas da pesquisa estão disponibilizados no site www.ensp.fiocruz.br/saudenasfronteiras.

Esperamos contribuir com essa publicação para a formação de uma agenda regional de saúde, na qual o processo de integração econômica regional possa ser aliado da redução de desigualdades. Na perspectiva de que com a liberdade de movimento o comércio prospera, a cultura e os costumes são respeitados e a vida se enriquece.

Luisa Guimarães

Introdução

Processos de integração regional entre países para a implementação de mercados comuns foram intensificados no contexto de globalização e lentamente uma agenda social da integração é construída acompanhando a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, fundamentos econômicos de um mercado único. No Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), criado em 1991 – e integrando, à época, a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai – paralelamente à sua ampliação com a incorporação de outros países, questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente tem sido incorporadas à agenda política dos governantes da região.

A partir de 1997, a saúde passou a ser tratada em dois fóruns específicos do MERCOSUL: a reunião de Ministros de Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde. As atividades desses fóruns estão orientadas principalmente à negociação entre países para harmonização de normas que possibilitem a circulação de produtos e serviços. Como União Aduaneira, a inclusão de temas relacionados à saúde no Mercosul vem sendo gradual, vinculada predominantemente às vigilâncias sanitária e epidemiológica, relacionadas à circulação de produtos e a ações de saúde pública de alta externalidade. Mais recentemente, despontou com força a questão da circulação de profissionais de saúde, indicando a preocupação com a regulação do mercado de trabalho e a formação neste campo.

No contexto de formação de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes; e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração (Bolis, 1999) gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças (Guimarães, Giovanella, 2005), exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões.

No debate atual sobre fronteira encontram-se referências a distintos significados e duas perspectivas principais: uma tradicional e outra crítica. Na primeira, atribui-se à fronteira um sentido mais relacionado à demarcação do solo, do limite do território e sua apropriação pelo homem. A visão crítica concebe a fronteira, não somente como um fato geográfico ou uma representação cartográfica, mas um fato histórico e social de grande riqueza (Raffestin, 2005) e como espaço social que incorpora a territorialidade, *enquanto certo tipo de interação entre o homem e o espaço mediatizada pelo espaço* (Souza, 2000). A territorialidade corresponde aos processos relacionados ao poder sobre o território afetando e controlando o uso do espaço físico por sujeitos políticos que constroem uma sociabilidade própria a este espaço particular que é a fronteira. A noção de territorialidade não separa quem está dentro de quem está fora, correspondendo ao espaço vivido, e em geral não coincide com o elemento geográfico (Machado, 1998; Ministério da Integração Nacional, 2005).

A fronteira, não pode ser apreendida apenas como um limite, um “para cá” e outro “para lá”, pois essas duas categorias congregam diferenças essenciais. Enquanto a fronteira é orientada para fora caracterizando uma zona de contato e de integração, os limites são orientados para dentro, ou seja, se apresentam como uma linha de separação por processos históricos e jurídicos (Machado, 1998; Peiter, 2005). Desta forma, as “paisagens fronteiriças”, configuram-se como áreas singulares marcadas por uma dualidade intrínseca de contato e separação. As fronteiras em geral são também áreas periféricas, que engendram desigualdades, portanto, a fronteira dispõe de um conjunto de instituições, de práticas, de sujeitos e de modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar e não em outro (Peiter, 2005). É um elemento de equilíbrio dinâmico e assume função reguladora em um processo que se constitui em quatro momentos: diferenciação, tradução, relação e regulação (Raffestin, 2005).

Na fronteira processos locais integram o regional com o nacional, assim é necessário olhar o espaço de fronteira e apreendê-lo no movimento histórico, tanto diacrônico (espaço) quanto sincrônico (paisagem), a fim de reconhecer concomitantemente as distintas escalas de relação entre o local, o regional, o nacional, transfronteira e transnacional (Cammarata, 2006).

A zona de fronteira, enquanto produto de interações econômicas, culturais e políticas, apresenta territorialidades heterogêneas. É “*espaço-teste* de políticas públicas de integração e cooperação, *espaço-exemplo* das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e *espaço-limite* do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais” (MIN, 2005:21). Neste sentido é importante estudar estas regiões para melhor conhecer obstáculos à integração, prospectar resultados negativos e subsidiar a formulação de políticas para a melhoria da vida e garantia de direitos sociais e de saúde da população fronteiriça.

Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde que exibem os países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos; sejam nas abordagens organizacionais da assistência; aliados às variedades dos perfis das cidades fronteiriças intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto nos aspectos sanitários e epidemiológicos quanto no acesso às ações e, finalmente, conlevam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde (Draibe, 2003; Figueras et al, 2002).

Nesse sentido, o esforço do SUS para consolidar a descentralização e organizar serviços de saúde locais com vistas a melhorar o acesso integral pode ser afetado pela ausência de linhas e diretrizes específicas para as situações de fronteiras. A dimensão dessa questão assume proporções variadas considerando o mo-

saico de relações e laços das populações fronteiriças, e os intercâmbios econômicos e as facilidades de acesso. Embora a busca por serviços de saúde por populações de outros países seja realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, não existem estudos suficientes para dar a dimensão dessa demanda espontânea que exerce pressão crescente à medida que os sistemas municipais de saúde se organizam.

Ainda que os sistemas de informação tenham avançado consideravelmente nos últimos anos aprimorando e qualificando os dados sobre utilização dos serviços de saúde, são escassos os dados primários que possibilitem conhecer e analisar as condições de acesso e demandas por serviços no SUS por estrangeiros e brasileiros não residentes nas localidades de fronteira. Pouco se conhece também das estratégias locais de respostas às pressões específicas por atenção à saúde nas regiões de fronteira. No caso, das cidades fronteiriças com o MERCOSUL essa situação exhibe maior complexidade considerando outros fatores condicionantes do perfil de utilização associados às diferenças no desenho dos sistemas de saúde de cada Estado-parte.

Assim, a pesquisa realizada teve como objetivo analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL e discutir repercussões dos processos de integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde dos países membros.

Ademais de conhecer dinâmicas de acesso e estratégias locais de cooperação entre gestores nos municípios brasileiros de fronteira com países do MERCOSUL o estudo teve por propósito produzir conhecimentos que subsidiem a análise de impactos no acesso às ações e aos serviços de saúde do SUS associados aos processos de avanço do MERCOSUL que apoiem a formulação de programas e políticas públicas específicas para as regiões de fronteira.

I. Objetivos

Objetivo geral

Analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL e discutir repercussões dos processos de integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde dos países membros.

Objetivos específicos

- Identificar e analisar as ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde locais, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre os serviços na região e estratégias de resposta de gestores locais às pressões por atendimento.

- Caracterizar repercussões do avanço do movimento de integração regional na demanda de acesso às ações e aos serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL.

- Analisar semelhanças e diversidades da organização dos sistemas e modelos de atenção à saúde de países do MERCOSUL e as suas implicações para o acesso aos serviços de saúde em cidades de fronteira.

II. Metodologia

Por tratar-se de pesquisa sobre condições de acesso e demandas por ações e serviços de saúde em cidades situadas nas fronteiras físicas do MERCOSUL, associada ao estudo de interfaces com o processo de integração regional entre países e constituição do mercado comum do Sul, com vistas a contribuir para a formulação de políticas públicas que melhorem as condições de acesso das populações fronteiriças e superem as desigualdades regionais, buscou-se fortalecer a interação entre pesquisa e serviços de saúde por meio da estratégia de ação de parceria interinstitucional com CONASEMS e CONASS. Estas instituições foram fundamentais para adesão à pesquisa de seus associados (nossos informantes-chave) e facilitação do acesso aos secretários estaduais e municipais de saúde.

Com metodologia quali-quantitativa a pesquisa privilegia percepções de atores-chave como fontes primárias de informação, e lança mão de dados de sistemas de informação oficiais como fontes secundárias.

Este estudo baseia-se em experiências e percepções de atores políticos, representantes governamentais nacionais, regionais e locais, quanto aos temas do acesso a serviços de saúde em regiões de fronteira e às implicações da integração regional *vis a vis* as políticas nacionais, regionais e locais, no acesso às ações e serviços de saúde. Fundamenta-se em revisão de literatura sobre repercussões dos processos de constituição de mercados comuns sobre políticas e sistemas de saúde.

Foram realizados: *i*) inquérito com secretários municipais de saúde dos municípios da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai; *ii*) visitas e entrevistas semi-estruturadas em 4 cidades-gêmeas caso; *iii*) entrevistas semi-estruturadas com secretários estaduais de saúde da região (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul); *iv*) visitas e entrevistas semi-estruturadas com autoridades governamentais em níveis correspondentes aos entrevistados no Brasil e com gerentes de unidades de saúde em uma localidade fronteiriça gêmea estran-

geira das 4 cidades-caso brasileiras, envolvendo duas localidades da Argentina, uma do Uruguai e duas do Paraguai; *v*) entrevistas semi-estruturadas com coordenadores nacionais do Subgrupo de Trabalho SGT 11 Saúde do MERCOSUL da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai; *vi*) levantamento de dados sócio-demográficos, de gestão do sistema de saúde, de rede assistencial e financiamento do SUS dos municípios da linha de fronteira; *vi*) revisão bibliográfica e documental sobre políticas de saúde nos países envolvidos; *vii*) revisão de literatura sobre repercussões de mercados comuns sobre políticas e sistemas nacionais de saúde e, sobre regulamentação do acesso transfronteiriço na União Européia.

II.1 Inquérito com secretários municipais de saúde dos municípios da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Com o objetivo de identificar e analisar as ações demandadas pela população fronteiriça aos serviços de saúde, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre os serviços na região e estratégias de resposta de gestores locais às pressões por atendimento foi realizado inquérito com os secretários municipais de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai. O universo da pesquisa foram os SMSs dos 69 municípios localizados na linha de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai.

Para tanto foi elaborado pela equipe de pesquisa questionário organizado em 11 módulos com 73 perguntas fechadas e 30 parcialmente abertas, de forma a atender aos objetivos da pesquisa e à revisão da literatura sobre o assunto estudado. O questionário foi elaborado em processo reiterativo, iniciado em oficina metodológica passou por discussão por correio eletrônico entre a equipe de pesquisa. Sua primeira versão foi completada em segunda oficina metodológica com a participação de todas as pesquisado-

ras no segundo semestre de 2005. O questionário elaborado foi submetido a pré teste para validação de conteúdos e verificação de tempo de aplicação em dois municípios de fronteira quando da primeira visita a cidade gêmeas-caso e participação no lançamento do Programa SIS Fronteira do Ministério da Saúde em Uruguiana em 10 e 11 de novembro de 2005. Após o pré-teste, o instrumento foi reformulado de modo a tornar algumas perguntas mais claras, ser mais conciso, e principalmente reduzir o tempo de aplicação, facilitando adesão e levantamento completo de informações.

O questionário foi composto por 11 módulos denominados pelas letras de A até K. Os três primeiros módulos referem-se a informações sobre a aplicação do questionário, dados da Secretaria e perfil do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde (SMS). O Módulo D trabalha características da fronteira no município. No Módulo E as perguntas buscam apreender as percepções do SMS sobre os serviços públicos de saúde na cidade estrangeira de fronteira (Seção E.1) e do Sistema Único de Saúde (SUS) no município e região (Seção E.2). O Módulo F aborda a busca e atendimento de estrangeiros pelo SUS no município quanto ao perfil dos estrangeiros que buscam o SUS (Seção F.1) e tipos de atendimento demandados (Seção F.2). O módulo G coleta informações sobre ações de saúde relacionadas com a situação de fronteira. O conhecimento do SMS sobre a busca e atendimento de brasileiros nos serviços públicos de saúde das cidades estrangeiras de fronteira vizinhas ao seu município é inquirido no Módulo H, e no módulo I indaga-se sobre atuação de profissionais de saúde estrangeiros. Os dois últimos módulos foram destinados a anotações do pesquisador de campo sobre a fronteira e a realização da entrevista.

O projeto previa o envio dos questionários aos 69 secretários municipais de saúde por correio, acompanhados de cartas do CONASEMS, auto-preenchido pelos SMSs, e que sua devolução seria monitorada por meio de telefone. Contudo, o teste piloto dos instrumentos de pesquisa mostrou a complexidade do questionário e experiências anteriores das pesquisadoras indicavam dificuldade de retorno. Assim, para evitar perdas foi decidida a aplicação dos questionários por entrevistadoras treinadas em visita a todas as 69 localidades de fronteira. Esta estratégia mostrou-se exitosa, pois alcançou-se resposta da grande maioria dos su-

jeitos da pesquisa: 67 em universo 69 SMSs de municípios brasileiros da linha de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai.

A equipe de campo da Pesquisa Saúde na Fronteira foi composta por cinco entrevistadoras, profissionais de nível superior ligadas a cursos de pós-graduação em saúde pública e/ou serviço social, quatro delas residentes nos estados do sul do país e com experiência em pesquisa na fronteira, o que facilitou muito o reconhecimento de campo e deslocamentos. As pesquisadoras de campo receberam treinamento com instruções específicas para abordagem dos SMS's, compreensão das perguntas, estratégia de aplicação do questionário, bem como para revisão e crítica do seu preenchimento, e posterior digitação dos dados. O trabalho de campo realizado entre novembro e dezembro de 2005 foi supervisionado pelas coordenadoras da pesquisa e a profissional de estatística com acompanhamento à distância por meio de contatos telefônicos diários e correios eletrônicos.

Como estratégia para entrada no campo, inicialmente, os SMS foram contatados por telefone e por correio eletrônico com mensagem da coordenação da pesquisa informando objetivos do estudo e futura visita de pesquisadora. Na etapa de trabalho de campo propriamente dita a entrevistadora responsável entrou em contato por telefone com o SMS e a entrevista foi agendada. No momento da entrevista, em visita à localidade de fronteira, competia ao entrevistador apresentar de forma sucinta os objetivos da pesquisa, entregar o termo de consentimento livre e esclarecido e após aceitação e assinatura aplicar o questionário.

Os questionários aplicados foram revisados pelo entrevistador e por supervisor. Para orientar a entrada de dados foi elaborado instrumento com informações específicas e dicionário de variáveis. A digitação de dados foi feita pelas pesquisadoras de campo em dois instrumentos de entrada de dados: uma planilha excel para dados quantitativos (com variáveis denominadas por letra do módulo do questionário e número da pergunta) e um documento word para respostas abertas/dados qualitativos. Depois da digitação foi realizada crítica dos dados com verificação da codificação e consistência entre variáveis com correção dos erros pontuais. A entrada de dados foi feita por meio do programa Excel e os dados posteriormente transportados para o SPSS para a realização da

descrição e análise estatística. O tratamento estatístico dos dados do inquérito foi realizado com apoio de profissional de estatística. Foi elaborada tabulação com frequências simples com resultados para o conjunto dos municípios e por segmento de fronteira (estado e país). Para a análise de associação entre variáveis selecionadas foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson e para a comparação entre segmentos de fronteira foi utilizado o teste não paramétrico de correlação de Spearman, mais adequado para análise de pequeno número de casos. O valor crítico do nível de significância pré-estabelecido foi de 0,05 (p-valor).

II.2 Visitas e entrevistas semi-estruturadas em 4 casos de cidades-gêmeas

Em quatro cidades brasileiras da linha de fronteira, consideradas pólos regionais, e gêmeas de localidade fronteira de país vizinho, foi realizado estudo mais detalhado para compreender melhor as demandas e as estratégias dos secretários municipais de saúde para enfrentar pressões de acesso por estrangeiros, bem como conhecer alguma repercussão do avanço do processo de integração regional e constituição do MERCOSUL nas localidades de fronteira.

Cidades-gêmeas correspondem à situação de municípios lindeiros que apresentam uma conurbação ou semi-conurbação com localidade do país vizinho, conformando a *zona de fronteira* (área geográfica que inclui as *faixas de fronteira* brasileira e do país estrangeiro). As cidades-gêmeas caracterizam-se por fluxos transfronteiriços mais intensos e têm sido alvos prioritários de políticas públicas (MIR, 2005). Nessas localidades é possível observar melhor tanto simetrias como assimetrias de sistemas de saúde, bem como estratégias de enfrentamento das demandas e iniciativas de cooperação entre autoridades locais brasileiras e estrangeiras, uma vez que há maior tradição de intercâmbio, dada maior intensidade de fluxos e trânsitos nestas fronteiras e, potencialmente maiores pressões de demanda por acesso a serviços de saúde.

A seleção dos municípios/cidades gêmeas para os estudos de caso foi definida em conjunto com os parceiros da pesquisa, a partir da identificação de municípios prioritários em políticas nacionais de desenvolvimento regional e, de experiência de duas pes-

quisadoras do grupo de pesquisa em estudos de fronteira e no acompanhamento de fóruns em saúde em região de fronteira. Foram selecionados quatro casos: *i)* na fronteira do Rio Grande do Sul, as cidades-gêmeas de Santana do Livramento com Rivera do Uruguai; *ii)* em Santa Catarina, Dionísio Cerqueira, contígua a Barracão do Paraná ambas gêmeas de Bernardo Irigoyen da Argentina; *iii)* no Paraná, a cidade de Foz do Iguaçu que faz fronteira com a Argentina e com o Paraguai gêmea das localidades de Puerto Iguazu e Ciudad del Este, respectivamente, região denominada de “tríplice fronteira”; *iv)* no Mato Grosso do Sul, Ponta Porã, gêmea de Pedro Juan Caballero, localidade da fronteira do Paraguai.

Em cada uma destas localidades, entre novembro e dezembro de 2005, foi feita visita de campo pela equipe de coordenação da pesquisa para realizar entrevistas com autoridades sanitárias locais e regionais, de ambos os lados, de modo a conhecer as percepções sobre a situação fronteira e impactos do MERCOSUL na organização da saúde. Foram entrevistados além dos secretários municipais de saúde, gerentes de unidades de saúde brasileiros, autoridades governamentais estrangeiras em níveis correspondentes aos entrevistados no Brasil e gerentes de unidades de saúde de localidades fronteiriças gêmeas estrangeiras, e realizadas visitas e observação a unidades de saúde nas localidades brasileiras e estrangeiras em cada caso.

As entrevistas semi-estruturadas realizadas pelas pesquisadoras com autoridades locais e gerentes de unidades de saúde brasileiras e estrangeiras foram gravadas e posteriormente transcritas. Uma análise preliminar das entrevistas, juntamente com as observações anotadas em cadernos de campo foi base para a elaboração dos relatórios de caso.

As informações obtidas trouxeram subsídios para análise dos dados do inquérito e permitiram ilustrar situações específicas de barreiras de acesso estipuladas por gestores locais, bem como detalhar experiências de cooperação e possibilidades de acordos com a localidade gêmea vizinha.

Os casos das cidades-gêmeas do MERCOSUL foram analisados, em capítulo que compôs a tese de doutorado de Luisa Guimarães. O artigo analisa e ilustra nos casos específicos as condições de acesso aos serviços, identificar ações demandadas, fluxos entre serviços e, estratégias governamentais de resposta às pres-

sões por assistência à saúde. Os resultados contribuíram para o debate de como processos de integração econômica regional repercutem nos sistemas de saúde e delineamento de estratégias de enfrentamento (Guimarães, 2007).

11.3 Entrevistas com atores-chave nacionais e estaduais

Para obter informações e reflexões sobre a problemática da integração regional e questões de saúde de acordo com as prioridades das políticas nacionais e regionais foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com atores nacionais dos quatro países e de quatro estados brasileiros.

De modo a incluir informações dos governos centrais e nacionais dos Estados-parte do MERCOSUL, foram entrevistados os coordenadores nacionais da *Subgrupo de Trabalho Saúde* (SGT-11) do Grupo do Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, enfocando regulamentações sobre acesso aos serviços, acordos políticos vislumbrados como possíveis, e percepções com relação às implicações nas políticas públicas de saúde do processo de integração no MERCOSUL.

Foi elaborado roteiro semi-estruturado para entrevista com perguntas organizadas em três dimensões: *i*) debate da saúde nos órgãos do MERCOSUL, dinâmicas, consensos, divergências e desafios, com ênfase nas questões de acesso transfronteiriço aos serviços e às ações de saúde; *ii*) políticas de saúde, estratégias e perspectivas do país para o MERCOSUL; *iii*) repercussões positivas e negativas da integração regional no MERCOSUL sobre as políticas e sistema de saúde do seu país (roteiro em anexo no volume 3).

As entrevistas com os coordenadores nacionais do SGT 11 foram realizadas pelas pesquisadoras da equipe de coordenação em Montevidéu, Assunção e Brasília em distintas datas nos anos de 2006 e 2007, uma vez que o agendamento com estes atores foi mais difícil. A viagem a Montevidéu possibilitou também visita à sede da Secretaria do Mercosul com levantamento de informações sobre estrutura administrativa e modo de funcionamento e visita a diversos organismos do Mercosul. Em Assunção, foi visitado também o Tribunal Permanente de Revisão do MERCOSUL. Três entrevistas foram gravadas e transcritas. A entrevista com o representante argentino foi realizada via

correio eletrônico ao coordenador suplente do SGT 11 Saúde. Foi solicitada aos atores-chave a permissão para divulgação das entrevistas. As entrevistas foram editadas e encontram-se disponíveis no site da pesquisa www.ensp.fiocruz.br/saudenasfronteiras. Foram fonte para elaboração de capítulo sobre Políticas de Saúde e Mercosul, que compôs tese de doutorado de Luisa Guimaraes, uma das pesquisadoras da equipe (Guimarães, 2007).

No lado brasileiro, objetivando captar a visão regional da temática da pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com secretários estaduais de saúde dos 4 estados que bordeiam a fronteira física com os países integrantes do MERCOSUL: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. As entrevistas versaram sobre temas de saúde na fronteira desde a perspectiva de secretários de saúde de estados de fronteira e suas estratégias para enfrentamento e apoio às autoridades locais em saúde.

As entrevistas realizadas em 2005 e 2006 foram gravadas, transcritas e editadas e estão também disponíveis no site www.ensp.fiocruz.br/saudenasfronteiras. As perspectivas dos secretários apontam para as repercussões de demandas de acesso para além da localidade de fronteira, e as informações levantadas agregam detalhes às características específicas de cada segmento de fronteira estudado. Sua análise subsidiou o capítulo de tese com resultados dos estudos de caso das cidades gêmeas, agregando perspectivas locais e regionais (Guimaraes, 2007).

11.4 Revisão bibliográfica sobre repercussões nas políticas de saúde da integração regional entre países na União Européia

Foi realizada revisão de literatura internacional e revistas especializadas sobre repercussões nas políticas de saúde da integração regional entre países e regulamentação do acesso à saúde transfronteiriço na União Européia. Esta revisão foi complementada por pesquisas documentais em sítios na internet sobre o processo de integração europeu e instâncias de decisão em saúde. Os resultados desta revisão foram publicados em artigo nos *Cadernos de Saúde Pública* 22(9):1795-1807, 2006 s são apresentados na parte X do presente sumário executivo.

III. Características da fronteira e dos municípios de fronteira estudados¹

O Brasil tem uma faixa de fronteira extensa (15.719 quilômetros) tradicionalmente tratada como local de isolamento que configura-se hoje como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcada por profundas iniquidades sociais (Gadelha, Costa, 2005). Contudo, é faixa não homogênea apresentando em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais que podem ser agrupados em três grandes arcos: Arco Norte (fronteiras dos estados de Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre), Arco Central (Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) e o Arco Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) (Machado, 1998).

Na presente pesquisa, o universo de estudo está composto pelos 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira, isto é lindeiros – seu território faz divisa – com os quatro países fundadores do Mercosul: Argentina (1.263km de divisa), Paraguai (1.339km) e Uruguai (1.003) e corresponde ao Arco Sul e a alguns municípios do Arco Central (Fronteira do Mato Grosso do Sul com Paraguai.).

A maior parte dos municípios estudados, portanto, localiza-se na faixa de fronteira denominada Arco Sul correspondente à área mais meridional do país que compreende os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Trata-se de espaço com influência socioeconômica e cultural européia e é mais intensamente afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente do projeto de integração econômica promovida pelo Mercosul. São três sub-regiões principais: o Portal do Paraná, no noroeste paranaense; os Vales Coloniais Sulinos, subdivididos em três segmentos, sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina e Noroeste do Rio Grande do Sul; e o segmento de fronteira

da Mesorregião Metade Sul do Rio Grande do Sul (segmento de fronteira conhecido culturalmente como Campanha Gaúcha) (MIN, 2005:59).

No Arco Sul, os imigrantes europeus, “colonos”, realizaram a ocupação das áreas de mata subtropical em férteis terrenos de terra roxa, dando origem a uma próspera e relativamente diversificada base produtiva aos Vales Colônias Sulinos. A estrutura fundiária caracterizada por forte presença de pequenas e médias propriedades baseadas no trabalho familiar, dedicadas à criação de aves, suínos, cultivo do milho e fruticultura deu origem a uma base produtiva relativamente diversificada. Nas últimas décadas, expansão do cultivo da soja, o arrendamento de terras por grandes empresas agroindustriais e o desenvolvimento de rede urbana conectada por malha rodoviária produziram forte imigração da população do campo para as pequenas cidades.

No Oeste Catarinense também domina a estrutura fundiária moldada por pequenas e médias propriedades, contudo apresenta menor diversificação produtiva e produtos de menor valor (milho e fumo). A introdução da soja em algumas áreas e a difusão de unidades industriais do setor de alimentos permitiram a manutenção de uma economia regional sustentável e situação social invejável. A Campanha Gaúcha tem como base produtiva, médias e grandes propriedades de criação de gado bovino e ovino, e mais recentemente a expansão da rizicultura (MIN, 2005:60).

O Arco Sul não constitui um espaço culturalmente homogêneo. Enquanto nos Vales Coloniais – sub-região mais populosa e densamente povoada – há um claro predomínio da cultura italiana e alemã, na Campanha Gaúcha os traços culturalmente dominantes são referentes à “cultura gaúcha” e suas raízes lusas e indígenas. No Portal do Paraná observa-se pluralismo cultural: com influências italiana, alemã, japonesa e migração nordestina (MIN, 2005:61).

As situações de fronteira ao longo do extenso limite internacional do país não são as mesmas devido

¹ Uma versão deste texto foi originalmente publicada nos Cadernos de Saúde Pública em 2006. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damascena G. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007, 23(2):251-266.

às diferenças geográficas, ao tratamento diferenciado que recebem dos órgãos do Estado e ao tipo de relação estabelecida com os povos vizinhos. Segundo o grupo de pesquisa RETIS da geografia da UFRJ, os modelos que fundamentam a tipologia de interações transfronteiriças são: margem, zona-tampão, frentes, capilar e sinapse (MIN, 2005: 144).

Denomina-se *margem* o tipo de interação em que a população fronteiriça de cada lado do limite internacional mantém pouco contato entre si. Há ausência de infra-estrutura conectando os principais núcleos de povoamento dos dois lados da fronteira, ausência de projetos de cooperação transfronteira e a presença intermitente e não sustentada do Estado (federal, estadual) (MIN, 2005: 144).

A *zona tampão* corresponde a áreas estratégicas onde o Estado central restringe ou interdita o acesso à faixa e à zona de fronteira, criando parques naturais nacionais, áreas protegidas ou áreas de reserva, como é o caso das terras indígenas. Vários fatores inspiram esse tipo de política, entre eles: presença de recursos naturais próximos das fronteiras; impedir ou dificultar o avanço de frentes pioneiras que, no caso do Brasil, são majoritariamente frentes de povoamento ou de exploração de nacionais; existência de áreas de tensão militar; diminuir os custos da infra-estrutura de defesa e vigilância; reconhecimento da ocupação do território por grupos locais. O termo “zona-tampão” é válido no sentido de coibir movimentos migratórios não indígenas e dar cobertura institucional às áreas culturais indígenas e está presente principalmente no Arco Norte (MIN, 2005: 145). No Arco Sul, as interações tipo zona tampão são menos frequentes e estão presentes principalmente na fronteira com Argentina.

As interações fronteiriças denominadas *frentes* caracterizam-se por dinâmicas espaciais de povoamento, como a frente indígena ou frente militar e podem ser identificadas em momentos diferentes da história territorial (MIN, 2005: 146).

As interações *capilares* são observadas no nível local, através de trocas difusas entre vizinhos fronteiriços com limitadas redes de comunicação, e resultam de zonas de integração espontânea. O Estado intervéem pouco, não patrocinando a construção de infra-estrutura de articulação transfronteira. Destacam-se neste tipo de interação: a fronteira entre o Mato Grosso do Sul e o Paraguai; entre Santa Catarina e o extre-

mo-noroeste do Rio Grande do Sul com a Argentina; e entre o extremo-sudeste do Rio Grande do Sul e o Uruguai (MIN, 2005: 146).

Na interação transfronteira tipo *sinapse* há presença de alto grau de troca entre as populações fronteiriças. É ativamente apoiada pelos Estados contíguos, que geralmente constroem em certos lugares de comunicação e trânsito, infra-estrutura especializada e operacional de suporte, mecanismos de apoio ao intercâmbio e regulamentação de dinâmicas, principalmente mercantis. Na sinapses, os fluxos comerciais internacionais se justapõem aos locais (MIR, 2005: 147).

Outro conceito muito utilizado em se tratando de regiões de fronteira é o de cidades-gêmeas. Na escala local/regional, as cidades-gêmeas referem-se à situação de municípios lindeiros que apresentam uma conurbação ou semi-conurbação com localidade do país vizinho. Correspondem ao meio geográfico que melhor caracteriza a *zona de fronteira* (inclui as faixas de fronteira brasileira e do país estrangeiro) e são os alvos principais prioritários das políticas públicas. As simetrias e assimetrias entre as cidades-gêmeas nem sempre decorrem de diferenças no nível de desenvolvimento dos países e sim de sua própria dinâmica e da função que exercem para os respectivos países (MIN, 2005: 152).

As cidades gêmeas na fronteira estudada são 16: a) na Fronteira RS-Uruguai: Chuí, Jaguarão, Santana do Livramento, Quaraí; b) na fronteira RS-Argentina: Barra do Quaraí, Uruguaiana, Itaqui, São Borja e Porto Xavier; c) na fronteira SC-Argentina: Dionísio Cerqueira; d) na fronteira PR-Paraguai: Foz do Iguaçu, Guairá; e) na fronteira MS-Paraguai: Paranhos, Ponta Porã, Bela Vista e Porto Murtinho.

Laços históricos de longa data estão presentes especialmente na fronteira com Uruguai e Argentina (ocupação de campos naturais por estâncias de criação de gado e a influência guarani e missões jesuíticas do século XVIII). O Arco Sul possui fronteiras mais permeáveis e de interações mais intensas com os países vizinhos, caracterizadas como de tipo sinapses com segmentos de interação capilar, que estão sendo reestruturadas desde a criação do MERCOSUL. Atualmente, as interações com os países vizinhos são fundadas na expansão de interesses comerciais e de imigrantes brasileiros nos países limítrofes. No Paraguai vivem cerca de 350 mil brasileiros e seus descendentes.

III. CARACTERÍSTICAS DA FRONTEIRA E DOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA ESTUDADOS

tes. Na Argentina tal relação é menos intensa devido à implantação pelos argentinos de reservas naturais como zonas-tampão para dificultar a imigração e a compra de terras por brasileiros. Tal defesa é quebrada por algumas cidades-gêmeas e por iniciativas de integração rodoviária no âmbito do Mercosul (MIN, 2005:62). O Uruguai tem uma fronteira das mais integradas com presença de várias cidades-gêmeas e forte interação, com diversas iniciativas de acordos bilaterais. Desde 1989, vigora acordo para o desenvolvimento das zonas de fronteira. Recentemente (abril de 2004), foi assinado acordo para permissão de residência estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios.

Ainda que em termos populacionais, os municípios da linha de fronteira não tenham grande relevância, sua presença é mais importante nos Arcos Sul e Central, que abrigam também o maior número de cidades gêmeas e é neles que ocorrem as principais interações transfronteiriças (Machado, 1998). Potencialmente, estes municípios de divisa internacional são os espaços de maior procura por serviços de saúde por estrangeiros e brasileiros não residentes e por isso constituíram o universo de municípios da pesquisa.

III.1 Os municípios estudados

O universo da pesquisa foram os 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina países membros do MERCOSUL na época de sua fundação. Destes, 29 pertencem ao Estado do Rio Grande do Sul (RS), sendo 18 municípios de fronteira com a Argentina e 11 municípios de fronteira com o Uruguai, 10 municípios pertencem ao Estado de Santa Catarina (SC) fazendo fronteira com a Argentina, 19 municípios pertencem ao Estado do Paraná (PR), sendo 8 de fronteira com a Argentina e 11 com o Paraguai e, 11 municípios pertencem ao Estado do Mato Grosso do Sul (MS) fazendo fronteira com o Paraguai.

Delineiam-se assim três segmentos de fronteira se considerados os países, e, seis segmentos de fronteira se considerados países e estados. A lista dos 69 municípios por fronteira pesquisados é apresentada no quadro 1. Os resultados aqui analisados referem-se às respostas dos secretários municipais de saúde de 67 localidades: 36 (54%) fazendo fronteira com Argentina, 21 (31%) com Paraguai e 10 (15%) com Uruguai e estão apresentados por segmentos de fronteira por países e/ou estados

As localidades brasileiras da linha de fronteira do MERCOSUL pesquisadas apresentam variados perfis populacionais, contudo, na maioria, são municípios de pequeno porte. Mais da metade dos municípios (55%) tem até de 10 mil habitantes e 91% até 50 mil habitantes. A distribuição dos municípios por porte ao longo da fronteira é similar, destacando-se, contudo o segmento de fronteira com a Argentina com proporção de municípios lindeiros menores de 10 mil habitantes acima da média: 67% (tabela 1) (mapa 1).

Correspondendo ao pequeno porte dos municípios, a estrutura assistencial do SUS é predominantemente de atenção básica com unidades presentes em quase todos os municípios (97%). Em geral, o número de unidades básicas de saúde (UBS) é pequeno: 40% dos municípios dispõem de apenas até duas UBS e 80% de até 5 UBS segundo informações prestadas pelos secretários municipais de saúde (SMS). Um terço dos municípios estudados não possui hospital e outros 31% tem menos de 50 leitos do SUS. A atenção especializada prestada por policlínicas está presente em apenas 15% (tabela 1).

O Programa de Saúde da Família 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 ESF seja pequeno: em 46% dos municípios atuam uma a duas ESF e em 27% atuam 3 a 5 ESF.

Municípios brasileiros de linha de fronteira
com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Rio Grande do Sul fronteira com Uruguai

Chuí
Santa Vitória do Palmar
Jaguarão
Herval
Pedras Altas (9)
Aceguá (10)
Bagé
Dom Pedrito
Santana do Livramento
Quaraí
Barra do Quaraí

Rio Grande do Sul fronteira com Argentina

Uruguaiana
Itaqui
São Borja
Garruchos
São Nicolau
Roque Gonzales
Pirapó
Porto Xavier
Porto Lucena
Porto Vera Cruz
Alecrim
Porto Mauá
Novo Machado
Dr. Maurício Cardoso
Crissiumal
Tiradentes do Sul
Esperança do Sul
Derrubadas

Santa Catarina fronteira com a Argentina

Itapiranga
Tunápolis
Santa Helena
Belmonte
Bandeirante
Guaraciaba
Paraíso
São José do Cedro
Princesa
Dionísio Cerqueira

Paraná fronteira com Argentina

Barracão
Bom Jesus do Sul
Santo Antônio do Sudoeste
Pranchita
Pérola D´Oeste
Planalto
Capanema
Serranópolis do Iguaçu

Paraná fronteira com Paraguai

Foz do Iguaçu
Santa Terezinha de Itaipu
São Miguel do Iguaçu
Itaipulândia
Missal
Santa Helena
Entre Rios do Oeste
Marechal Cândido Rondon
Pato Bragado
Mercedes
Guaira

Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai

Mundo Novo
Japorá
Sete Quedas
Paranhos
Coronel Sapucaia
Aral Moreira
Ponta Porã
Antonio João
Bela Vista
Caracol
Porto Murtinho

III. CARACTERÍSTICAS DA FRONTEIRA E DOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA ESTUDADOS

Tabela 1. Caracterização dos municípios brasileiros pesquisados da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Variáveis	Países de Fronteira						Total	
	Argentina n = 36		Paraguai n = 21		Uruguai n = 10		n = 67	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Porte populacional ⁽¹⁾	36	53,7	21	31,3	10	14,9	67	100,0
0 a 10 mil	24	66,7	9	42,9	4	40,0	37	55,2
10.001 a 50 mil	10	27,8	10	47,6	4	40,0	24	35,8
50.001 e mais	2	5,6	2	9,5	2	20,0	6	9,0
Índice de Desenvolvimento Humano ⁽²⁾								
Até 0,700	1	2,8	3	14,3	0	0,0	4	6,0
0,701 a 0,800	28	77,8	14	66,7	7	70,0	49	73,1
Acima de 0,800	7	19,4	4	19,0	2	20,0	13	19,4
Estrutura Assistencial do SUS								
Número de leitos ⁽³⁾								
0	17	47,0	2	9,5	2	20,0	21	30,3
1 a 49	9	25,0	9	42,9	3	30,0	21	31,3
50 e mais	10	27,8	10	47,6	5	50,0	25	37,3
Possui Policlínica ⁽³⁾	3	8,3	4	19,0	3	30,0	10	14,9
Número de Unidades Básicas de Saúde ⁽³⁾								
0	1	2,8	1	4,8	0	0,0	2	3,0
1 a 2	15	41,7	6	28,6	4	40,0	25	37,3
3 a 5	15	41,7	10	47,6	2	20,0	27	40,3
6 e mais	5	13,9	4	19,0	4	40,0	13	19,4
Cobertura PSF ⁽⁴⁾								
0%	4	11,1	2	9,5	6	60,0	12	17,9
1 a 50%	4	11,1	6	28,6	2	20,0	12	17,9
51 a 80%	2	5,6	5	23,8	0	0,0	7	10,5
81 a 100%	26	72,2	8	38,1	2	20,0	36	53,7
Perfil do secretário municipal de saúde ⁽³⁾								
Experiência prévia mínima de 2 anos em gestão pública	22	61,1	7	33,3	10	100,0	39	58,2
Formação de nível superior	19	52,8	13	61,9	9	90,0	41	61,2
Tem ou teve cargo político eletivo	15	41,7	5	23,8	4	40,0	24	35,8

Fonte: (1) Contagem populacional para os anos intercensitários, IBGE, 2004

(2) Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003. N=66 - um município sem informação

(3) NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira

(4) Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/ Ministério da Saúde – dados de dezembro de 2005

IV. Fluxos e trânsitos transfronteiriços

Para se conhecer facilidades de acesso e demandas potenciais foram investigadas algumas características dos fluxos transfronteiriços. Por se tratarem de municípios lindeiros, a distância entre o centro do município brasileiro e a principal localidade estrangeira de fronteira é de até 20km para a maioria (55%) dos municípios estudadas, sendo mais próximos na fronteira com Uruguai (tabela 2).

Na grande maioria (84%) dos municípios estudados ocorre algum tipo de fluxo e trânsito na fronteira. Os fluxos e trânsitos na fronteira são mais intensos nas divisas com Paraguai e Uruguai do que com a Argentina. Em apenas 11 (16%) municípios, os SMS informaram não existir qualquer trânsito, sendo que a maior parte destes municípios (8) localiza-se na divisa de Santa Catarina com Argentina, fronteira com características de zona-tampão pela presença de reservas florestais. Entre os segmentos de maior fluxo transfronteiriço destacam-se os segmentos do Paraná e do Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai, ambos com 100% dos municípios apresentando algum fluxo ou trânsito. Contudo somente em 28% das localidades estudadas existe transporte público regular (ônibus) entre o município e a localidade estrangeira de fronteira, o que facilitaria a circulação de pessoas (tabela 2) (mapa 2).

Entre os diversos tipos de fluxo e trânsitos transfronteiriço apontados pelos SMSs, os de maior intensidade são aqueles de pessoas com familiares residentes do outro lado da fronteira considerados freqüente ou muito freqüente por 64% dos SMSs. Os fluxos de trabalhadores que moram de um lado da fronteira e trabalham em outro; de mercadorias em caminhões; de comprista, sacoleiro ou chibeiro; e de turistas em trânsito ou em visita estão presentes na maior parte dos municípios (60% ou mais) e são freqüentes ou muito freqüentes em 40% ou mais dos municípios. A fronteira com o Uruguai é a mais permeável sendo todos os tipos de trânsito assinalados como freqüente ou muito freqüente por 70% ou mais dos secretários municipais de saúde, concernente com históricas interações presentes na região do pampa gaúcho (tabela 2).

Na percepção de cerca da metade dos SMS (46%), o fluxo de pessoas é mais importante da cidade estrangeira de fronteira em direção ao seu município, do que do município para a localidade estrangeira (18%). Para um terço dos SMS o fluxo é igualmente importante nas duas direções.

Tabela 2. Características da fronteira, fluxos e trânsitos transfronteiriços segundo secretários municipais de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Variáveis	Países de Fronteira			Total n=67	
	Argentina n = 36	Paraguai n = 21	Uruguai n = 10	n	%
Distância de até 20 km do centro do município ao centro da cidade estrangeira de fronteira	47,2	61,9	70,0	37	55,2
Existência de fluxo e trânsito com cidades estrangeiras	72,2	100,0	90,0	56	83,6
Existência de transporte público regular entre o município e a cidade estrangeira de fronteira	8,3	52,4	50,0	19	28,4
Tipos de fluxo e trânsito freqüente e muito freqüente na passagem de fronteira					
Pessoa com familiares residentes do outro lado da fronteira	80,5	90,4	70,0	43	64,2
Turista em trânsito ou em visita	44,4	57,1	80,0	36	53,7
Trabalhador que mora de um lado da fronteira e trabalha em outro	27,8	61,9	80,0	31	46,3
Mercadoria em caminhões ou outro meio de transporte de cargas	30,5	61,9	70,0	31	46,3
Comprista / sacoleiro / chibeiro	44,5	33,3	70,0	30	44,8
Estudante que mora de um lado da fronteira e estuda em outro	11,1	47,6	80,0	22	32,8
Direção do fluxo de pessoas entre o município e a cidade estrangeira de fronteira*					
Da cidade estrangeira de fronteira para o município	38,5	47,6	66,7	26	46,4
Igualmente importante nas duas direções	34,6	42,9	22,2	20	35,7
Do município para a cidade estrangeira de fronteira	26,9	9,5	11,1	10	17,9

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira.

* Nos 56 municípios que há fluxo transfronteiriço.

V. Acesso e demanda de estrangeiros no SUS

A busca de atendimento por estrangeiros no SUS varia conforme região, tipo de fronteira e país fronteiriço. Os secretários municipais de saúde informaram existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS em 75% dos municípios (50) sendo freqüente ou muito freqüente em 36% (24) das localidades. Esta demanda é mais importante nos segmentos de fronteira do RS com Uruguai, e do MS com Paraguai (tabela 3) (mapa 3).

Na percepção dos SMS, a busca de brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS é ainda mais elevada do que a demanda de estrangeiros: 87% (58) dos gestores informaram demanda de brasileiros não residentes no Brasil em seus municípios, sendo freqüente ou muito freqüente em 67% (45 localidades) (Tabela 3) (mapa 4). Nas fronteiras do Paraná (com Paraguai e Argentina) e do Mato Grosso do Sul com Paraguai, a demanda de brasileiros não residentes é mais intensa, sendo freqüente e ou muito freqüente em 80 a 90% dos municípios. Nestes dois últimos segmentos, municípios brasileiros fazem fronteira com propriedades rurais em território paraguaio arrendadas ou pertencentes a brasileiros (cultivo de soja e criação de gado), estimando-se em 350 mil os brasileiros e descendentes de brasileiros residentes no Paraguai (“brasiguaios”) (Machado, 1998). Estes brasileiros moradores em terras paraguaias da faixa de fronteira procuram com freqüência pelos serviços de saúde dos municípios brasileiros, informaram os SMSs.

Perguntados quanto ao direito dos estrangeiros a atendimento no SUS municipal, 70% dos SMSs afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento. Do mesmo modo, todos secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia em 28% dos municípios, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, indicando-se o retorno ao país de origem após o primeiro atendimento. Um terço (36%) dos SMS informou que presta atendimento a estrangeiros para outros ser-

viços além da emergência, mas depende do tipo de ação necessitada, e outro terço (36%) que presta atendimento para todos os serviços disponíveis (tabela 3).

A positividade destas respostas encontra um contraponto com as barreiras de acesso estabelecidas para o atendimento no SUS existentes em parte das localidades. Em 69% é exigido documento de identidade e em 49% dos municípios comprovante de residência e documento de identidade. Estas barreiras burocráticas dificultam o acesso de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS e os obrigam a recorrer a subterfúgios para acessar ao tratamento necessitado, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros. Para controlar estas estratégias individuais de acesso, em algumas localidades foi implantado um cartão municipal de saúde – de apresentação obrigatória no ato da consulta. O cartão é periodicamente atualizado em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para comprovar a presença do estrangeiro na residência. Para novos moradores, estabelece-se um período de carência de 30 dias para atendimento pela UBS. Ilustrativo das barreiras de acesso a não residentes no município são os dizeres de cartazes fixados na recepção de unidades de saúde visitadas em clara violação a direito dos pacientes: *“Favor trazer conta de água ou luz para comprovar endereço ao consultar. A Direção”*. Ou *“Pacientes internados somente receberão visitas com a entrega do comprovante de endereço para enfermagem, recepção ou administração”*. Note-se que estes obstáculos ao atendimento vigoram para qualquer paciente não munícipe, seja ele estrangeiro ou brasileiro residente em outro município.

Para os 53 secretários municipais de saúde que informaram a existência de procura por atendimento no SUS por parte de estrangeiros e ou brasileiros não residentes foram perguntadas características desta demanda quanto à nacionalidade, vínculos com o país e tipos de procura.

Guardando alguma correspondência com a distribuição dos municípios ao longo das fronteiras dos

Tabela 3. Acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Variáveis	RS fronteira com Uruguai n=10	RS fronteira com Argentina n=18	SC fronteira com Argentina n=10	PR fronteira com Argentina n=8
Busca de atendimento no SUS por estrangeiros*				
Nunca acontece	0,0	22,2	50,0	37,5
Pouco freqüente	50,0	50,0	20,0	25,0
Freqüente	20,0	16,7	10,0	37,5
Muito freqüente	30,0	11,1	20,0	0,0
Busca de atendimento no SUS por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira**				
Nunca acontece	0,0	11,1	70,0	0,0
Pouco freqüente	40,0	33,3	0,0	12,5
Freqüente	20,0	50,0	20,0	50,0
Muito freqüente	40,0	5,6	10,0	37,5
Direito ao atendimento no SUS no município				
Todos os estrangeiros	60,0	77,8	80,0	62,5
Estrangeiros com dupla cidadania	20,0	5,6	10,0	0,0
Estrangeiros residentes no município	20,0	0,0	0,0	12,5
Nenhum estrangeiro	0,0	0,0	0,0	0,0
Prestação de atendimento a estrangeiros que buscam o SUS municipal				
Somente em caso de emergência	40,0	33,3	20,0	12,5
Para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação	40,0	38,9	30,0	37,5
Sim, para todos os serviços	20,0	27,8	50,0	50,0
Documentação exigida para atendimento no SUS				
Documento de identidade	80,0	38,9	80,0	87,5
Comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5
Documento de identidade + Comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz/Pesquisa Saúde na Fronteira.

*Total inclui três SMS que informaram desconhecer a busca de atendimento por estrangeiros,

**Total inclui um SMS que informou desconhecer a busca de atendimento por brasileiros não residentes

países, em sua maioria (54%) localizados na divisa com a Argentina, é esta a nacionalidade dos estrangeiros atendidos em maior proporção de municípios (43%), segue-se 36% dos municípios com demanda predominante de paraguaios e 19% dos municípios com maior procura por uruguaios (tabela 4).

A presença de famílias binacionais nas localidades lindeiras é comum. Perguntados sobre quais as relações dos estrangeiros que procuram o SUS com o Brasil, os SMS indicaram predominantemente maior busca de estrangeiros com familiares no Brasil, informada como freqüente ou muito freqüente em 66%

V. ACESSO E DEMANDA DE ESTRANGEIROS NO SUS

trabalhador no Brasil e residente nas cidades estrangeiras (36%), e, de estrangeiro em trânsito ou de passagem (34%)

Na maior parte dos municípios (87%) a demanda é espontânea, e em 13% ocorre também por encaminhamento pelos profissionais de saúde da cidade de origem, políticos brasileiros ou estrangeiros ou pelo consulado do país de origem.

Ainda que na percepção dos gestores locais a procura de estrangeiros por serviços do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada. A maioria dos municípios (69%) não registra os atendimentos como prestado a estrangeiros (Tabela 4). Apenas 40% (21 em 53) dos SMSs de municípios que atendem estrangeiros apresentou estimativa mensal de atendimentos a estrangeiros e somente três municípios informaram os números registrados de atendimentos. Vinte e um secretários municipais conseguiram indicar estimativas de médias mensais de atendimentos a estrangeiros que variaram entre poucos casos a 500 atendimentos mensais. Oito SMSs estimaram realizar em média até 10 atendimentos mensais a estrangeiros; sete informaram estimativas entre 11 e 100 casos, e seis SMS estimaram entre 100 e 500 casos atendidos por mês.

Aos 53 secretários que informaram existir procura de atendimento no SUS por parte de estrangeiros, foi perguntado quais ações estrangeiros buscam e com que frequência. Em cerca da metade ou mais dos municípios é freqüente ou muito freqüente a busca por medicamentos (62%), consulta médica de atenção básica (60%), imunização (50%) e parto (50%), exames patologia clínica (49%); emergência e pré-natal (45%) (tabela 5) (mapas 5 e 6). Menores proporções de SMS indicaram como freqüente ou muito freqüente a demanda de estrangeiros por serviços mais especializados tais como internação hospitalar (40%), atenção odontológica (38%), serviços de radiodiagnóstico e imagem (38%). A busca por consulta médica especializada (28%) e procedimentos de alta complexidade (13%) foram as demandas menos mencionadas, o que é condizente com o pequeno porte populacional e a baixa oferta de atenção especializada nos municípios estudados (tabela 5).

Observam-se diferenças nas demandas entre os segmentos de fronteira por país. As maiores procuras ocorrem em localidades que fazem divisa com o

dos municípios em que ocorre alguma demanda de estrangeiros ao SUS (n=53) (tabela 4). Já a demanda de estrangeiros residentes no município é freqüente ou muito freqüente em mais da metade dos municípios (53%) e em cerca da um terço dos municípios há procura de serviços do SUS por parte de estrangeiro

PR fronteira com Paraguai n=10	MS fronteira com Paraguai n=11	Total n=67	
		n	%
20,0	0,0	14	20,9
40,0	36,4	26	38,8
40,0	27,3	16	23,9
0,0	27,3	8	11,9
0,0	0,0	9	13,4
0,0	9,1	12	17,9
50,0	27,3	25	37,3
40,0	63,6	20	29,9
100,0	36,4	47	70,1
0,0	0,0	4	6,0
0,0	27,3	6	9,0
0,0	9,1	1	1,5
20,0	36,4	19	28,4
10,0	54,5	24	35,8
70,0	9,1	24	35,8
60,0	90,9	46	68,7
50,0	72,7	32	47,8
50,0	72,7	32	47,8

Tabela 4. Características da demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS segundo os secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Variáveis	RS	RS	SC	PR
	fronteira com Uruguai n=10	fronteira com Argentina n=14	fronteira com Argentina n=5	fronteira com Argentina n=5
Nacionalidade dos estrangeiros que buscam atendimento no SUS com maior frequência				
Argentinos	0,0	100,0	100,0	**80,0
Paraguaios	0,0	0,0	0,0	0,0
Uruguaios	100,0	0,0	0,0	0,0
Estrangeiros que procuram freqüente e muito freqüentemente por atendimento no SUS				
Estrangeiro com familiar residente no Brasil	80,0	57,1	20,0	40,0
Estrangeiro residente no município	90,0	28,6	20,0	40,0
Estrangeiro trabalhador no Brasil e residente na cidade estrangeira	60,0	28,6	20,0	20,0
Estrangeiro de passagem	50,0	21,4	20,0	20,0
Estrangeiro estudante no município	30,0	7,1	0,0	20,0
Forma que estrangeiros buscam atendimento pelo SUS no município				
De forma espontânea	100,0	100,0	100,0	100,0
De forma espontânea ou por encaminhamento	0,0	0,0	0,0	0,0
SMS registra as ações de saúde como prestadas a estrangeiros				
	30,0	50,0	0,0	40,0
SMS dispõe de estimativa do número de atendimentos a estrangeiros no SUS				
	20,0	42,9	0,0	40,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira

* 53 municípios que informaram a existência de procura por atendimento no SUS por parte de estrangeiros e ou brasileiros não residentes.

** Um SMS informou que 'brasiguaios' seria a nacionalidade de 'estrangeiros' que procuram o SUS mais freqüentemente.

V. ACESSO E DEMANDA DE ESTRANGEIROS NO SUS

PR fronteira com Paraguai n=8	MS fronteira com Paraguai n=11	Total n=53*	
		n	%
0,0	0,0	23	43,4
100,0	100,0	19	35,8
0,0	0,0	10	18,9
75,0	90,9	35	66,1
50,0	72,8	28	52,8
12,5	54,6	19	35,9
50,0	36,4	18	33,9
50,0	27,3	11	22,7
75,0	54,5	46	86,8
25,0	45,5	7	13,2
75,0	36,4	22	41,5
75,0	45,5	21	39,6

Paraguai, nas quais 70% ou mais dos secretários municipais informaram demanda de estrangeiros freqüente ou muito freqüente para nove dos doze serviços listados na pergunta (tabela 5). Nesta fronteira, os serviços mais procurados são parto, emergência, medicamentos e consultas de AB. Segue-se a fronteira com Uruguai, na qual a proporção de municípios com procura freqüente é inferior: metade dos SMS informou demanda freqüente ou muito freqüente para apenas três das ações listadas. Na fronteira com Argentina, as proporções de secretários brasileiros que informaram procura freqüente para os serviços listados foram em geral as menores em comparação com os municípios de fronteira com Paraguai e Uruguai. Todavia, é necessário destacar que ainda que as proporções de municípios em que há procura sejam mais elevadas na fronteira com Uruguai, em comparação com Argentina, o número absoluto de municípios com demanda por ações de saúde é maior na fronteira com a Argentina (Tabela 5). Medicamentos, consulta AB, imunização, pré-natal e atenção odontológica são os serviços procurados em maior número de municípios da fronteira com Argentina.

A busca de estrangeiros por atendimento no SUS está relacionada a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios lindeiros. Municípios mais próximos e de maior porte populacional tendem a atrair maior demanda de estrangeiros. A presença de hospital do SUS está associada a uma busca freqüente e muito freqüente por estrangeiros (p-valor=0,005), por brasileiros não residentes (p-valor=0,044) e por serviços de internação (p-valor=0,043) e parto (p-valor=0,034). Os municípios que dispõem de três ou mais UBS apresentam também uma procura mais freqüente por consulta médica de atenção básica (p-valor=0,033) (tabela 6).

Vale lembrar que a situação do Arco Sul é diferenciada, apresentando maior intensidade das interações transfronteiriças e melhor oferta de serviços de saúde do que nos Arcos Norte e Central da fronteira brasileira, conforme aponta Peiter em seu estudo panorâmico sobre condições de vida e disponibilidade de serviços de saúde nos 569 municípios da faixa de fronteira brasileira (Peiter, 2007).

Tabela 5. Tipo de atendimento buscado freqüente e muito freqüentemente por estrangeiros no SUS do município por país de fronteira, segundo secretários municipais de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Ações demandadas	Argentina n = 24		Paraguai n = 19		Uruguai n = 10		Total n=53*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicamentos	13	54,2	15	78,9	5	55,6	33	62,3
Consulta médica de atenção básica	11	45,8	15	78,9	6	66,7	32	60,3
Imunização	9	37,5	14	77,8	4	44,4	27	50,1
Parto	8	40,0	16	88,9	3	33,3	27	50,1
Exame de patologia clínica	6	30,0	14	73,7	6	60,0	26	49,1
Emergência	6	26,1	15	78,9	3	30,0	24	45,3
Pré-natal	9	37,5	12	63,2	3	30,0	24	45,3
Internação hospitalar	6	33,3	13	72,2	2	22,2	21	39,6
Atenção odontológica	9	37,5	7	38,9	4	44,4	20	37,7
Radiodiagnóstico e imagem (média complexidade)	4	28,6	12	80,0	4	40,0	20	37,7
Consulta médica especializada	5	25,0	6	42,9	4	40,0	15	28,3
Procedimentos de alta complexidade	3	20,0	2	28,6	2	25,0	7	13,2

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira

* 53 municípios que informaram a existência de procura por atendimento no SUS por parte de estrangeiros e ou brasileiros não residentes.

Tabela 6. Busca de atendimento por estrangeiros no SUS municipal segundo características da fronteira e oferta de serviços de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Busca de Atendimento no SUS freqüente e muito freqüente	Município possui hospital						p-valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Por estrangeiros	17	70,8	7	29,2	24	100,0	0,005
Por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira	31	68,9	14	31,1	45	100,0	0,044
Por internação	17	81,0	4	19,0	21	100,0	0,043
Por parto	21	77,8	6	22,2	27	100,0	0,034
Busca de Atendimento no SUS freqüente e muito freqüente	Município possui 3 ou mais UBS						p-valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Por consulta médica de Atenção Básica	20	62,5	12	37,5	32	100,0	0,033
Por medicamento	22	66,7	11	33,3	33	100,0	1,004

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira

VI. Motivos de busca e dificuldades para a gestão decorrentes da demanda de estrangeiros

Foi solicitado aos SMSs que indicassem, de acordo com sua percepção e experiência, os motivos que levam estrangeiros a buscar atendimento pelo SUS no município a partir de uma lista de possíveis motivos. A proximidade geográfica com o município (68%), a ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de origem (66%), a facilidade de ser atendido (60%), a urgência ou gravidade do caso (60%), e, a qualidade da atenção à saúde no SUS (58%) foram motivos de procura apontados pela maioria dos SMSs entrevistados (tabela 7).

A busca de estrangeiros por atenção à saúde traz dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade per capita não sendo contabilizada a população itinerante. Esta foi a principal dificuldade, apontada por 74% dos SMSs: *“a demanda estrangeira sobrecarrega os serviços de saúde e os recursos não são suficientes para atender a todos”*, como expressou um dos SMSs entrevistados.

A busca de atendimento pelo SUS por parte dos estrangeiros resulta também em dificuldades na garantia da referência regional e na continuidade do tratamento no país de origem, apontadas por 68% dos SMSs (tabela 7). Como o atendimento ao estrangeiro não está regulamentado é difícil garantir, após o primeiro atendimento no município, a continuidade do tratamento, seja para os necessários encaminhamentos para atenção mais especializada em outras cidades brasileiras – dificuldade apontada por 90% dos SMSs de localidades de fronteira com Uruguai e MS com Paraguai –, seja para a continuidade da atenção no país de origem. Este foi problema apontado pela totalidade dos SMSs de localidades de fronteira com o Paraguai, destacando empecilhos ao acesso naquele país e indicando interesse na prestação de

atenção de qualidade (tabela 7). O retorno dos pacientes é por vezes causa de conflito. Nas palavras de um dos secretários entrevistados na fronteira com o Paraguai, *“a solicitação de alguma contrapartida para atendimento de pacientes do Paraguai, como o auxílio para o transporte de retorno nem sempre é atendida pelas autoridades do país vizinho, ainda que a demanda de estrangeiros seja freqüente, causando aumento das filas e inclusive conflitos com pacientes brasileiros”*.

Por outro lado, a cooperação entre países pode ser imprescindível para garantia do cuidado integral aos brasileiros. Muitos municípios de fronteira são isolados dos grandes centros sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar serviços especializados, o que para pacientes crônicos pode ser uma *via crucis*. Esta foi uma das implicações do fato do município estar localizado na fronteira para a gestão do SUS, apontada pelos SMSs. A formalização de acordos de fronteira poderia facilitar a continuidade de cuidados também para brasileiros, pois como enfatizou um SMS, *“muitas vezes o serviço de saúde necessitado mais próximo está em território estrangeiro”*.

Outras implicações explicitadas pelos gestores, dados os fluxos transfronteiriços, foram a dificuldade para vigilância e controle epidemiológicos de determinadas doenças, para a programação de imunização e para cálculo de estimativas de cobertura populacional, pois bebês de mães que vieram para usufruir de parto hospitalar no Brasil podem ser registrados como brasileiros e depois retornam ao país de origem não sendo vacinados no município. *“O que acaba prejudicando alguns indicadores como, por exemplo, de cobertura vacinal e pré-natal. Há mulheres que chegam à cidade apenas no momento do parto, sem a realização do pré-natal no município,”* comentou um dos SMSs.

Tabela 7. Motivos de busca por atendimento no SUS por estrangeiros e dificuldades causadas para gestão segundo secretários de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Motivos de busca e dificuldades	RS	RS	SC	PR
	fronteira com Uruguai n=10	fronteira com Argentina n=14	fronteira com Argentina n=5	fronteira com Argentina n=5
Motivos de busca por estrangeiros a atendimento pelo SUS municipal				
Proximidade geográfica com o município	60,0	42,9	80,0	80,0
Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de fronteira	60,0	35,7	20,0	100,0
Facilidade de ser atendido pelo SUS no município	60,0	28,6	80,0	100,0
Urgência ou gravidade do caso	50,0	50,0	40,0	80,0
Qualidade da atenção à saúde no SUS	40,0	50,0	40,0	100,0
Por estar longe de outros centros	30,0	7,1	60,0	40,0
Facilidade de transporte para o município	40,0	7,1	20,0	80,0
Não ter direito ao acesso gratuito aos serviços públicos de saúde no país de origem	20,0	7,1	0,00	0,0
Dificuldades causadas pela busca de estrangeiros por atendimento no SUS municipal				
Para o financiamento das ações de saúde	70,0	50,0	60,0	80,0
Para a referência regional	90,0	57,1	20,0	60,0
Para a continuidade do tratamento no país de origem	80,0	50,0	0,0	40,0
Para a oferta de ações e serviços de saúde	60,0	21,4	20,0	60,0
Para a qualidade da atenção prestada	40,0	14,3	40,0	20,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira

*53 municípios que informaram a existência de procura por atendimento no SUS por parte de estrangeiros e ou brasileiros não residentes.

VI. MOTIVOS DE BUSCA E DIFICULDADES PARA A GESTÃO CAUSADAS PELA DEMANDA DE ESTRANGEIROS

PR fronteira com Paraguai n=8	MS fronteira com Paraguai n=11	Total n=53*	
		n	%
75,0	90,9	36	67,9
100,0	90,9	35	66,0
75,0	63,6	32	60,4
87,5	63,6	32	60,4
62,5	72,7	31	58,5
75,0	54,5	21	39,6
50,0	63,6	21	39,6
50,0	72,7	15	28,3
100,0	90,9	39	73,6
62,5	90,9	36	67,9
100,0	100,0	36	67,9
75,0	81,8	28	52,8
12,5	81,8	19	35,8

VII. Presença de estratégias locais para a cooperação internacional em saúde

Buscando enfrentar as dificuldades apontadas para responder as demandas, iniciativas locais de cooperação entre gestores brasileiros e estrangeiros são empreendidas na região de fronteira, tendo sido observada a presença de algum tipo de cooperação em saúde em cerca da metade dos municípios pesquisados (48%).

Relações formais ou informais entre o SUS municipal e os serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira e iniciativas relativas a questões de saúde na fronteira são mais presentes nos segmentos de fronteira do RS com Uruguai, do Paraná com Paraguai e MS com Paraguai (tabela 8 e mapa 7). Os tipos de cooperação mais freqüentes são fórum ou grupo internacional no município ou região sobre saúde na fronteira (apontado por 25% dos SMSs), realização de ações conjuntas de controle de vetores (23%), troca regular de informações epidemiológicas (16%) e ações conjuntas de vigilância ambiental (16%) (tabela 8). Muitas vezes os contatos são informais, ocorrendo colaboração no atendimento a pedido da autoridade de um outro país ou contatos diretos entre profissionais de saúde com escambo de serviços não existindo iniciativas formalmente estabelecidas (18%).

São exemplos dessas iniciativas de cooperação com o outro país especificadas pelos SMSs: atividades conjuntas para prevenção do dengue, Aids e febre amarela, preparação de calendário unificado de imunização, campanhas de vacinação, cursos de capacitação profissional em programas de saúde pública, seminários binacionais em saúde co-financiados, reuniões conjuntas de conselhos locais de saúde, remoção de pacientes em urgências, permuta e cessão de material e equipamentos.

Entre os fóruns de discussão sobre a saúde nas fronteiras destacam-se: i) a atuação do Grupo de Trabalho

para a Integração das Ações em Saúde, coordenado pela empresa pública Itaipu Binacional na fronteira Brasil/Paraguai, integrado por representantes de governo locais, departamentais e nacionais com planejamento e execução conjunta de ações nas áreas de serviços de saúde, vigilância em saúde, informações em saúde e formação profissional; ii) e a Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira Brasil-Uruguai com participação de representantes dos governos nacionais e do estadual do RS com atuação em áreas de vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador integração assistencial e hidatidose (Guimarães & Giovanella, 2005).

Os SMSs reconhecem a insuficiência de iniciativas e propõem temas prioritários de cooperação. Dois terços dos SMSs (70%) consideram necessário firmar acordos entre o município brasileiro e a cidade estrangeira vizinha para tratar de questões de saúde na fronteira, principalmente nas áreas de: i) vigilância epidemiológica de diversos agravos como dengue, malária, AIDS, tuberculose, hepatites; ii) de prestação de serviços bilateral e circulação de pacientes para atenção básica, pré-natal, parto, hospitalares e especializados; e iii) de exercício profissional. Na fronteira com Uruguai, a ênfase esteve no estabelecimento de acordos para prestação de serviços de saúde, principalmente para possibilitar atendimento especializado de usuários do SUS no Uruguai e, para a permissão da atuação dos profissionais de saúde das duas nacionalidades em ambos os territórios. Na fronteira com Paraguai, SMSs apontaram a necessidade de acordos para contrapartidas ou ressarcimento financeiro, dada a percebida elevada demanda de população paraguaia no SUS. Na fronteira com a Argentina, o destaque foi para calendário único de imunizações e ações de vigilância epidemiológica.

Tabela 8. Presença de ações em saúde relacionadas com a situação de fronteira e de estratégias de cooperação com cidade estrangeira de fronteira. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Iniciativas de cooperação	RS fronteira com Uruguai n=10	RS fronteira com Argentina n=18	SC fronteira com Argentina n=10	PR fronteira com Argentina n=8
Presença de relações formais ou informais com serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira e ou de Iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira	70,0	38,9	10,0	50,0
Fórum ou grupo que trate de questões específicas de saúde na fronteira no município ou região	30,0	16,7	10,0	25,0
Ações conjuntas de controle de vetores	20,0	16,7	0,0	25,0
Contatos informais entre profissionais para encaminhar pacientes	40,0	5,6	10,0	12,5
Mecanismo de troca regular de informação epidemiológica	10,0	5,6	10,0	12,5
Ações conjuntas de vigilância ambiental	20,0	16,7	0,0	25,0
Cooperação técnica em saúde entre o município e a cidade estrangeira de fronteira	30,0	0,0	10,0	25,0
Atividades de capacitação com participação de profissionais de saúde das cidades estrangeiras de fronteira	20,0	5,6	10,0	12,5
Acordo entre os governos locais para viabilizar os atendimentos	10,0	0,0	10,0	0,0
Mecanismo de encaminhamento formal	10,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde na Fronteira

VII. PRESENÇA DE ESTRATÉGIAS LOCAIS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

PR fronteira com Paraguai n=10	MS fronteira com Paraguai n=11	Total n=67	
		n	%
60,0	63,6	32	47,8
60,0	18,2	17	25,4
50,0	36,4	16	23,9
20,0	27,3	12	17,9
40,0	27,3	11	16,4
30,0	9,1	11	16,4
20,0	18,2	10	14,9
10,0	27,3	9	13,4
0,0	9,1	3	4,5
0,0	9,1	2	3,0

VIII. Desafios para garantia de acesso aos serviços de saúde aos cidadãos de fronteira

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à medida que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso da atenção à saúde. Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos; sejam nas abordagens organizacionais da assistência; aliados às estratégias individuais para garantia de acesso intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, conlevam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde.

As dificuldades para garantia do direito à saúde nestas circunstâncias apresentam novas facetas e dubiedade quanto à interpretação do deste direito. Constatou-se durante a realização da pesquisa diversidade de concepções de “estrangeiro”. Nas entrevistas, parte dos SMS considerou como estrangeiros: brasileiros não residentes no país, brasileiros com dupla nacionalidade, e por vezes filhos de brasileiros, nascidos no outro país, ou filhos de estrangeiros nascidos no Brasil, sem documentação brasileira por insuficiência de renda familiar para regularizar a cidadania.

Ainda que a maioria dos SMSs tenha considerado que estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS, barreiras de acesso restritivas deste direito foram identificadas, ferindo a legislação nacional. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 ao afirmar a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” ampliou direitos sociais e a saúde foi consagrada como direito

social universal. A Lei 8080 regulamenta o texto constitucional, reiterando que “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Assim, ainda que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende aos cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade. De outra parte, o artigo 5º da Constituição reza que “*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...*”; donde se conclui que estrangeiros residentes têm os mesmos direitos sociais dos brasileiros. O que é também afirmado pelo Estatuto do Estrangeiro (Lei 6.815 de 19 de agosto de 1980) que em seu artigo 95 rege: “*O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis.*”

Ainda que a legislação para estrangeiros em vigor no país seja retrógrada, anterior à Constituição Federal de 1988 e à criação do SUS e do MERCOSUL – encontrando-se em processo de reformulação no legislativo federal –, aponta para a garantia de iguais direitos aos estrangeiros residentes com permanência regulamentada. Para estrangeiros de cidades fronteiriças todavia, não há referência no Estatuto do Estrangeiro ao acesso à atenção à saúde, ficando a garantia deste direito dependente do poder discricionário da autoridade local, ainda que seja permitido aos estrangeiros fronteiriços exercer função remunerada, freqüentar escolas e obtenção de Carteira de Trabalho e de Previdência Social brasileiras. De outra parte, há dificuldades burocráticas e financeiras para regularização da situação de residência ou de cidadania, com presença freqüente de indocumentados nas localidades fronteiriças, ficando esta população sem possibilidades de exigir seus direitos.

A pesquisa de campo também permitiu observar que na falta de legislação específica para atendimentos a estrangeiros, paradoxalmente, uma melhor organização do sistema de saúde municipal, como por exemplo, a implantação do Programa Saúde da Família ou a implementação do cartão SUS, pode dificultar o atendimento aos estrangeiros ao organizar a demanda e restringir o atendimento aos usuários cadastrados. Por outro lado, como apontado por Nogueira, Dal Prá, Fermiano (2007), a inexistência de regras para a atenção, do lado brasileiro favorece decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, dificultando o planejamento de ações integradas e fazendo com que usuários não brasileiros permaneçam em incerteza constante quanto ao tipo de atendimento que receberão.

As iniciativas de ações conjuntas e os temas de acordos de cooperação apontados pelos SMSs indicam ser as fronteiras laboratórios do enfrentamento de dilemas da integração antecipando repercussões da criação de mercados comuns sobre os sistemas de saúde. Os resultados do estudo ratificam a necessidade de uma legislação específica para municípios da linha de fronteira, de modo que a população neles residente tenha direitos diferenciados para garantia de acesso integral e humanitário aos serviços de saúde. A diversidade dos sistemas de saúde nos países da fronteira estudada aponta para acordos binacionais que considerem a experiência e tradição local de cooperação na fronteira e as especificidades dos sistemas de saúde dos países.

A realização e implementação de acordos específicos, como o acordo bilateral Brasil-Uruguai além do fortalecimento de instituições supranacionais voltadas para a integração fronteiriça, são fundamentais para a promoção da cidadania da população fronteiriça (Gadelha, Costa, 2005).

Ainda que perspectivas econômicas tenham ocupado lugar de destaque nas negociações entre os países nos processos de integração, questões sociais têm estado cada vez mais presentes nas agendas da integração do MERCOSUL. O caso da União Européia é ilustrativo das possibilidades de acordos necessários para garantia do direito universal à saúde. A União Européia reconhece a heterogeneidade dos sistemas de saúde dos países e a garantia de acesso universal a serviços de saúde de qualidade. A organização do sistema de serviços e o financiamento (seja por con-

tribuições sociais ou impostos gerais) permanecem uma competência nacional, não estando prevista uma uniformização dos sistemas de serviços de saúde e ainda nos dias atuais, a maior parte dos cidadãos europeus concorda que as políticas sociais são atribuição principalmente dos Estados nacionais (Heien, 2006). Todavia, desde os anos de 1970, sucessivas legislações ampliaram progressivamente a garantia de atenção à saúde em outro país da União (Guimarães, Giovanella, 2006; Busse, Wismar, Berman, 2002; Leidl, 1998). Atualmente a UE garante acesso transfronteiriço, tendo estabelecido mecanismos de cooperação e compensação. A regulamentação garante que o paciente seja tratado com os mesmos direitos dos nativos, isto é, como se fosse coberto pelo esquema de proteção social em saúde do país no qual recebe tratamento. A compensação financeira entre os Estados-Membros pelos tratamentos prestados é realizada mediante pagamentos de despesas individuais, ou por meio de uma taxa básica (*flat-rate*) relativa ao conjunto de tratamentos realizados durante um ano. Outros Estados renunciam mutuamente a reclamar ressarcimento tratando os pacientes sem solicitar compensação (Bertinato, et al., 2005).

A experiência européia mostra que as decisões de política social permanecem uma atribuição dos países e que as pessoas preferem receber tratamento em seu local de residência, não tendo ocorrido fluxos intensos de pacientes mesmo com acesso liberado. Mostra também a importância da atuação dos Estados nacionais na garantia do direito à saúde e na construção de acordos para enfrentar assimetrias entre países na garantia deste direito. Aponta para necessidade de que os mecanismos para acesso devem ser facilitados e uniformes, dando pouca margem a diferentes interpretações, pois obstáculos burocráticos podem incidir negativamente sobre o direito do paciente ser tratado em outro país (Hermans, Brouwer, 2003). Neste sentido, as iniciativas locais de cooperação entre gestores identificadas na pesquisa podem orientar a formulação de diretrizes específicas para situações de fronteira que possibilitem a melhoria do acesso, integral e humanitário às ações de saúde no Mercosul. Por outro lado, nos processos de integração é necessário criar novas institucionalidades e métodos de regulação supranacional com participação de atores sociais capazes de gerar consensos e dar legiti-

VIII. DESAFIOS PARA GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE AOS CIDADÃOS DE FRONTEIRA

midade a instrumentos de decisão em nível regional na construção da cidadania social, reduzindo desigualdades sociais e assimetrias entre países.

A tarefa é das mais complexas e a garantia do direito à saúde para além das fronteiras insere-se em

movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos, em um mundo sem fronteiras não apenas para mercados e capitais, mas principalmente para as pessoas.

IX. Integração regional e direito à saúde

Atualmente, os desenhos políticos assumidos pelas sociedades ocidentais, resultados dos processos de globalização, descortinam a exigência de se repensar os direitos sociais, de modo a acompanhar a expansão dos direitos econômicos em espaços internacionais. Significa reconhecê-los e reafirmá-los como conquistas, enquanto direito humano fundamental e base de todos os demais direitos (Espada, 1997). Todavia, a concretização dos direitos sociais, entre eles o direito à saúde, via políticas sociais, não pode ser isolada das relações econômicas que lhes dão sustentabilidade, desempenhando o Estado um papel crucial na sua implementação, favorecendo ou negando a cidadania social.

O debate, hoje, sobre o tema dos direitos sociais e de saúde não se restringe aos limites dos Estados-Nação, mas alarga-se para os blocos regionais, na esteira das exigências econômicas, conformando novos espaços de regulação. Dal Prá, Mendes e Mioto (2007) destacam que os processos de integração entre países tencionam uma mudança do conceito de cidadania nacional para o de cidadania regional ou global. Esta nova cidadania regional seria uma cidadania superposta e complementar, como se fora uma dupla cidadania, pois não substitui a cidadania nacional dos Estados-membros.

De um lado entende-se que a transposição da titularidade de direitos dos espaços nacionais onde encontram, em tese, as condições plenas de sua realização, para espaços internacionais, tem um longo caminho a percorrer, ou seja, o tempo necessário para se construir institucionalidades que garantam seu efetivo exercício. Por outro lado, devido aos processos de globalização ou em espaços fronteiriços há tendência de dissociação da cidadania nacional como fonte geradora de direitos, isto é, o enfraquecimento da associação entre cidadania e Estado-nação, ampliando-se as possibilidades de construção de um novo referencial sobre a questão dos direitos e da própria cidadania.

Neste processo, vão se constituindo regras internacionais, sendo que mesmo no cenário suprana-

cional o principal ator político capaz de interferir na construção de um novo patamar de cidadania e de garantia de direitos supranacionais é ainda o Estado-nação. Essa possibilidade compensa a inexistência, até o momento de uma estrutura que possa garantir direitos, por exemplo, no âmbito do MERCOSUL. Lembrando que movimentos internacionais no âmbito da sociedade civil vêm assumindo um papel relevante na busca da garantia e defesa dos direitos no plano internacional.

Outro aspecto crucial quando se debate a cidadania social e o direito à saúde, especialmente em épocas de mundialização e em regiões fronteiriças, é o critério de atribuição de nacionalidade. A cidadania, tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país, consequência da filiação, de laços consangüíneos entre os membros de uma mesma nação, sendo excluídos dessa condição os estrangeiros e migrantes. A esta visão nacionalista de cidadania opõe-se a visão republicana, sendo a cidadania atribuída pela aceitação do contrato entre as partes, inaugurada pela revolução francesa. Transpondo a questão para o plano jurídico se encontram os critérios de *jus sanguinis* e o de *jus soli*. No Brasil, juridicamente o estatuto de cidadania é atribuído a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, ainda que de pais estrangeiros. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da cidadania ocorre através dos laços consangüíneos e vinculada ao conceito de nação e, no caso de *jus soli*, vincula-se à idéia do território, favorecendo a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes (Vieira, 1999).

Assim o critério de atribuição de nacionalidade no Brasil facilita a inclusão de estrangeiros, pois filhos de estrangeiros, nascidos no Brasil são considerados brasileiros, condição que deveria ser reconhecida em nossas fronteiras para o conjunto de cidadãos fronteiriços, com facilitação da documentação de dupla cidadania.

A construção da cidadania social nos processos de integração regional entre países é processo ain-

da mais complexo, pois depende da construção de novas institucionalidades e métodos de regulação supranacionais com participação de atores sociais capazes de gerar consensos e dar legitimidade às

decisões para garantir direitos sociais, entre estes o de acesso a serviços de saúde, como mostra o exemplo da União Européia, apresentado a seguir.

X. A experiência da União Européia: repercussões do mercado interno europeu sobre as políticas de saúde²

Processos de integração regional entre países são, em geral, motivados por questões econômicas e geopolíticas e se realizam em ritmo mais veloz do que o desenvolvimento de mecanismos de harmonização social (Chavez, 2003). Acordos comerciais preferenciais estão muito difundidos entre países (Godue, 1998; Altvater e Mahnkopf, 1996) e devido ao caráter econômico, processos de integração regional são regulados, no âmbito mundial, pela Organização Mundial do Comércio (OMS/OMC, 2002).

Acordos econômicos operam transformações progressivas internas nos países para capacitá-los à abertura comercial mais ampla (Godue, 1998). Os processos de integração envolvem procedimentos de convergências, aproximações e harmonizações de políticas e de regulamentações que resultam em abolição de barreiras tarifárias legais e institucionais, facilitação do acesso às instituições comuns e permissão do consumo de serviços sociais em outros países. Assim, no campo social significam que direitos e garantias de cidadania ultrapassam os limites geográficos e legais das instituições e práticas de cada país e passam a ser compartilhados em todo o bloco. A integração não é, todavia, um fim em si mesma, é antes um processo em diversos domínios, com diferentes passos, multidimensional e com múltiplos níveis (Threfall, 2003).

Os objetivos dos acordos multilaterais firmados definem, o grau da integração entre os países (Bolis, 1999), o qual apresenta cinco estágios principais. O primeiro denomina-se área de livre comércio e caracteriza-se pela eliminação de tarifas alfandegárias e cotas entre os países membros. A união alfandegária, por sua vez, significa a adoção de sistema de tarifas e cotas comuns para relações comerciais externas. O mercado comum define-se pela eliminação de restri-

ções de circulação de mercadorias, pessoas e capital. A união monetária decorre da harmonização e unificação de políticas e instituições econômicas. A confederação ou união política formaliza o mais profundo estágio de integração (Basso, 1998:411).

Os acordos comerciais influem nas políticas de saúde, entretanto, estudos indicam que falta explorar em profundidade as relações entre mercado e saúde (Wismar, Busse, Berman, 2002). A União Européia representa a modalidade mais profunda de integração entre países considerando o estágio dos acordos firmados, e demonstra capacidade de resolver tensões derivadas de disparidades de desenvolvimento entre regiões e países. A experiência europeia ilustra a adoção de fundos estruturais de desenvolvimento, que são necessários em processos de integração para reduzir desigualdades territoriais e sociais, as quais podem se configurar como barreiras não tarifárias à integração (Theofilatou, Maarse, 1998).

X.1 Constituição, desenvolvimento e alargamento da União Européia

A União Européia vem se constituindo há mais de meio século, ao longo do qual incorporou novos Estados-Membros, e em 2004 alcançou o centro e o leste europeu, o Mediterrâneo e o Mar Báltico, totalizando 25 países. Os acordos europeus constam de Tratados gradualmente revisados (Quadro 2). O início ocorreu nos anos 1950 quando seis países que na primeira e segunda guerra mundiais tiveram posições antagônicas, acordaram questões de infra-estrutura energética, tendo o tema da promoção da paz como pano de fundo. Acordos a seguir tiveram por base o mercado de produtos e serviços, a facilitação alfandegária e políticas comuns de comércio e de agricultura. Nos anos 1970, foi criado o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional com recursos para executar políticas comuns nos campos social, regional e ambiental, e instituído o Sistema Monetário Europeu que passou a disciplinar as economias dos Estados-Membros.

² Uma versão deste texto foi publicada nos Cadernos de Saúde Pública em 2006. Guimarães L, Giovanella L Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2006, 22(9): 1795-1808.

Nos anos 1980, novas adesões levaram à introdução de programas estruturais com objetivo de reduzir disparidades de desenvolvimento econômico entre a *Europa dos 12* (União Européia, 2005a).

Nos anos 1990 foram firmados importantes Tratados: Maastrich em 1992 e Amsterdã em 1995. O Tratado de Maastrich —Tratado da União Européia— criou estruturas políticas e econômicas, previu a união monetária e a cidadania européia e instituiu políticas externa e de segurança comuns (União Européia, 2005a). Continha bases do mercado único europeu cuja regulamentação veio a ter impactos nos sistemas e serviços de saúde dos Estados-Membros (União Européia, 2005b; Mossialos, et al. 2001; Wismar, Busse, 2002:43). O Tratado de Amsterdã adaptou e reforçou o mercado único e a garantia da livre circulação de mercadorias, serviços, pessoas e capital. Em 2001, a Europa dos 15 assinou o Tratado de Nice que alterou o funcionamento das instituições e critérios de votação. Em 2002, as moedas nacionais foram substituídas pela moeda única, o euro. Em fins de 2004, a União Européia somou 25 Estados-Membros que juntamente com três países candidatos (Bulgária, Romênia e Turquia) assinaram o Tratado que instituiu uma Constituição para a Europa com previsão

de entrada em vigor em dois anos, após referendo dos Estados-Membros (União Européia, 2005a).

A adesão gradual de países e a revisão incremental dos Tratados levaram à formulação de políticas públicas para além dos limites dos Estados-Nação. E para promover a coesão econômica e social européia, a integração impôs a implantação de esquemas institucionais supranacionais e mecanismos de redução de desigualdades territoriais e sociais.

X.2 Institucionalização e organismos comunitários da União Européia

Para efetivar os acordos europeus foram constituídos organismos que conformam espaço institucional supranacional de integração. Na União Européia, os arranjos institucionais realizados pressupõem ao mesmo tempo a migração de responsabilidades nacionais para aparato transnacional, a promoção de consensos e a superação de conflitos (Medeiros, 2003; Draibe, 2003). As instâncias supranacionais tratam de assuntos de políticas, de regulação e econômicos com delegação para decidir sobre questões de interesse comum e representar cidadãos, Estados-Membros e a União Européia. A instância decisória mais

Quadro 2 – Cronologia da Adesão de Países e dos Tratados da União Européia

Ano	Adesão de Estados-Membros e Assinatura de Tratados
1951	Alemanha, Bélgica, França, Itália, Luxemburgo e Holanda
1951	<i>Tratado da Comunidade Européia do Carvão e do Aço, entrada em vigor 1952 (Paris)</i>
1957	<i>Tratado da Comunidade Econômica Européia, entrada em vigor 1958 (Roma)</i> <i>Tratado da Comunidade Européia de Energia Atômica, entrada em vigor 1958 (Roma)</i>
1973	Dinamarca, Irlanda e Reino Unido
1981	Grécia
1986	Espanha e Portugal
1986	<i>Ato Único Europeu, entrada em vigor 1987 (Luxemburgo e Haia)</i>
1992	<i>Tratado de Maastricht ou Tratado da União Européia, entrada em vigor 1993</i>
1995	Áustria, Finlândia e Suécia
1997	<i>Tratado de Amsterdã, entrada em vigor em 1999</i>
2001	<i>Tratado de Nice, entrada em vigor em 2003</i>
2002	<i>O Euro entra em circulação</i>
2004	Chipre, Eslováquia, Eslovênia, Estônia, Hungria, Letônia, Lituânia, Malta, Polônia e República Tcheca
2004	<i>Tratado de uma Constituição para a Europa</i>

Fonte: Elaborado com base nas informações contidas em União Européia (União Européia, 2005a).

elevada é o *Conselho Europeu* integrado pelos Chefes dos Estados-Membros e pelo Presidente da Comissão Europeia. A *Comissão Europeia* é órgão executivo integrado por membros indicados pelos países que defende os interesses comuns, zela pelo cumprimento do acordado e acompanha as decisões do *Conselho de Ministros da União Europeia*. O *Conselho de Ministros* representa os governos nos debates comunitários. O *Parlamento Europeu* formado por deputados eleitos nos países, exerce controle democrático (União Europeia, 2005a).

Dois organismos completam as principais instituições comunitárias: um de controle financeiro e outro de defesa dos direitos comunitários. O *Tribunal de Contas da União Europeia*, composto por indicados pelos Estados-Membros após consulta ao Parlamento Europeu, verifica a legalidade e regularidade de receitas e despesas da União Europeia e a gestão financeira dos recursos comuns. A *Corte de Justiça Europeia*, integrada por um juiz de cada Estado-Membro e advogados indicados de comum acordo, garante o cumprimento do direito comunitário mediante a interpretação e exame da aplicação dos Tratados. A existência deste órgão único de decisão sobre a interpretação da legislação comunitária é garantia da aplicação homogênea dos acordos, inclusive aqueles que repercutem nas políticas de saúde. Existem ainda organismos consultivos integrados por representantes de segmentos socioeconômicos e da sociedade civil, o *Comitê Econômico e Social Europeu* e o *Comitê das Regiões*, este último com representantes governamentais regionais e locais. As instituições financeiras europeias são o *Banco Central Europeu* responsável pela gestão do euro e da política monetária da União, e o *Banco Europeu de Investimentos* que financia projetos de desenvolvimento. Por fim, um *Promotor de Justiça* eleito pelo Parlamento Europeu acolhe queixas quanto à administração das instituições europeias (União Europeia, 2005a).

A União Europeia representa longo processo histórico de transferência de competências nacionais para o nível supranacional, mediante cooperação e integração econômica. Significa união de esforços para conceber a integração regional com exercício de soberania dividida onde primam estratégias de cooperação — práticas intergovernamentais e tomada de decisão consensual — e estratégias de integração — práticas supranacionais e tomada de decisão por maio-

ria. A consolidação europeia afirma a integração como alternativa viável de redução de diferenças regionais, na qual a noção de fronteira assume aspecto permeável (Medeiros, 2003:152). Nesse sentido, ao tornar-se Estado-Membro cada país transfere determinadas competências e prerrogativas para organismos supranacionais, reduzindo a própria soberania. “A soberania ainda que fortemente enraizada no Estado-nação começa a migrar (...) rumo ao aparelho transnacional” (Medeiros, 2003:166). Essa transposição é típica dos processos de integração regional que para se efetivarem necessitam criar foros multilaterais de harmonização, de apoio à superação de conflitos e promotores de acordos (Draibe, 2003).

X.3 A formação do mercado único europeu e repercussões sobre as políticas de saúde

Os países da União Europeia têm tradição na garantia de proteção social caracterizando-se como amplos sistemas de bem-estar os quais, embora se diferenciem quanto à organização dos sistemas de atenção à saúde, guardam em comum o caráter público, a solidariedade social e a cobertura universal (Mossialos, 2001). Os modelos de atenção variam entre dois tipos, com predomínio do primeiro: bismarkiano —seguro social financiado por contribuições do empregador e do trabalhador—, e beveridgiano —serviço nacional de saúde financiado com recursos fiscais. Princípios de justiça social são compartilhados entre os Estados-Membros e se expressam em diversas diretivas dos Tratados, afirmativas de compromisso com a proteção social. Entretanto, devido ao reconhecimento das heterogeneidades internas e históricas de configuração dos sistemas de saúde na União Europeia, a garantia de proteção social à saúde permanece responsabilidade de cada Estado-Membro. Contudo diversas diretivas estiveram relacionadas à atenção à saúde. Entre 1958 a 1998, segundo Mossialos et al (2001) 233 regulamentos da União Europeia afetaram os serviços de saúde.

As repercussões da integração europeia na saúde são analisadas a seguir nos Tratados, no tocante às ações de saúde pública, e nos sistemas nacionais de saúde quanto à regulamentação da livre circulação.

X.4 A saúde nos Tratados da União Européia: ações de saúde pública

O *Tratado de Maastricht*, que estabeleceu a estrutura política e econômica do mercado único europeu, teve importância para a saúde ao estabelecer que a organização e a prestação de serviços de saúde são responsabilidades dos Estados-Membros.

Para assegurar alto nível de proteção à saúde no mercado comum com a livre circulação, o artigo 152º eleva a saúde pública ao caráter comunitário e define que *“a ação da Comunidade, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana”* (União Européia, 2005c). A proteção à saúde como objetivo comunitário se manifestou em medidas de saúde pública cooperativas, subsidiadas e complementares às ações dos Estados-Membros nos domínios da prevenção, investigação, informação e educação. O mesmo artigo desse Tratado reforçou o caráter de transversalidade da proteção da saúde a ser assegurada *“na definição e execução de todas as políticas e ações da Comunidade”* (União Européia, 2005c). A *Constituição Européia*, em processo de ratificação, mantém o disposto no *Tratado da União Européia*: reafirma o caráter comunitário complementar da saúde pública e a soberania nacional para a organização da assistência

Em cumprimento ao acordado, na União Européia o domínio da saúde pública é atividade comunitária, institucionalizada em comissões, comitês, agências e programas específicos. A política comunitária de saúde pública está orientada para a melhoria da informação, resposta rápida às ameaças e abordagem de fatores determinantes, perpassando o ambiente, a educação e os tratamentos médicos seguros (medicamentos, tecnologias, sangue e órgãos). Para o período de 2003-2008 foi acordado o *Programa Comunitário de Ação em Saúde* que reforça a articulação entre políticas públicas, promove a participação social e estimula o trabalho em redes de informação, de regulação, de intercâmbios e de avaliação. A informação e consulta ampliada em saúde pública ocorre em por meio do *Fórum de Saúde da União Européia* (União Européia, 2005a).

Enquanto na saúde pública houve tendência para a harmonização, as políticas de atenção à saúde de cada Estado-Membro sofreram, por sua vez, efeitos

complexos e diversos, intencionais e não intencionais com a unificação econômica frente às modalidades distintas de financiamento, de organização e de cobertura dos serviços de saúde (Leidl, 1998:1-2; Wismar, Busse, 2002; Paton, et all.2002:10; Wismar, Gobrecht, Busse, 2002). O Tratado de Maastricht completa a formação do mercado único europeu com a livre circulação, a qual impõe ajustes macro-econômicos e gera novas dinâmicas com impactos nos sistemas de saúde dos Estados-Membros. Esses implicaram em restrições importantes para a ação nas políticas sociais, já que gastos públicos em saúde e possíveis déficits dos seguros sociais influem no cumprimento ou não dos critérios econômicos acordados (De Vos, Dewitte, Stuyft, 2004). Por outro lado, a regulamentação da livre circulação afeta as políticas de saúde em diversos âmbitos (Busse, Wismar, Berman, 2002; União Européia, 2005b; Mossialos, et all., 2001; União Européia, 2005d).

X.5 Repercussões da livre circulação sobre as políticas de saúde

A constituição do mercado único europeu se concretiza na garantia e no exercício da livre circulação de mercadorias, serviços, pessoas e capital entre os Estados-Membros. Na perspectiva do mercado mercadorias, serviços e capital são objeto de regulação de modo a adaptá-los às regras comunitárias, para que como as pessoas circulem livremente entre os Estados-Membros. A liberdade de circulação tem impactos específicos nos sistemas de saúde (União Européia, 2005b; Wismar, Busse, 2002; Busse, Drews, Wismar, 2002; Schmucker, 2003).

A livre circulação de pessoas tem repercussões mais significativas na saúde, seja quanto à garantia dos direitos sociais ou quanto à oferta de profissionais de saúde (Busse, Drews, Wismar, 2002). No mercado de trabalho foram regulamentados o reconhecimento mútuo de diplomas e a adaptação de currículos para facilitar a mobilidade de profissionais de saúde. Pelo lado da demanda, os direitos sociais e de saúde de trabalhadores foram regulamentados para a coordenação de sistemas de previdência e cobertura de seguros, de modo a facilitar a movimentação destes cidadãos e garantir o exercício de direitos adquiridos. A segurança, a saúde do trabalhador e as condições de trabalho são harmonizadas desde o início da União

Européia de modo a não impedir a livre circulação de trabalhadores. O acesso aos serviços de saúde será abordado com mais detalhe na próxima secção.

A regulamentação da livre circulação de mercadorias na saúde afetou principalmente a distribuição e oferta de medicamentos, insumos e equipamentos, a assistência farmacêutica e aspectos da vigilância sanitária relacionados à fabricação e circulação de produtos. A política de equipamentos médicos passou a incluir processo de licitação internacional. De modo a regular a produção e distribuição de medicamentos foi criada a *Agência Europeia de Medicamentos* com funções de registro, certificação e licenciamento. Foram firmados acordos comunitários para controle de substâncias perigosas e radioativas e padrões sanitários comuns para a circulação de produtos.

A livre circulação de serviços na saúde repercutiu apenas sobre a oferta de seguros privados. Isso devido à decisão da *Corte de Justiça Europeia* que não submeteu os seguros sociais aos ditames da livre circulação, pois estes se fundamentam em princípios de solidariedade e, portanto, se organizam por regulamentação nacional. Entretanto, o fato de prestadores privados poderem oferecer serviços de saúde em qualquer país poderá repercutir sobre a prestação ambulatorial e hospitalar dos Estados-Membros. A livre circulação de capitais exhibe, por sua vez, efeitos sobre investimentos hospitalares, e pode vir a dificultar a regulação e o planejamento da oferta hospitalar em países nos quais estes serviços são predominantemente públicos.

X.6 A regulamentação do acesso à saúde em outro Estado-Membro

Na União Europeia apenas as ações de saúde pública são objeto de regulamentação comunitária, já que os Tratados reservam ao Estado-Membro a responsabilidade pela organização da oferta de serviços de saúde. Contudo, a livre circulação de pessoas, inclusive trabalhadores, no interior do território europeu integrado gerou situações onde o acesso aos serviços de saúde em outro Estado-Membro passou a ser objeto de regulamentação específica, posteriormente ampliado por jurisprudências da Corte de Justiça Europeia (Busse, Drews, Wismar, 2002). Além disso, em regiões de fronteira desenvolve-se projetos que buscam garantir cuidado integrado de saúde benefi-

ciando-se dos avanços da integração econômica (Hermans, Brouwer, 2005).

O acesso aos serviços de saúde em outro Estado-Membro foi regulamentado ainda nos anos 1970, para garantir aos trabalhadores migrantes direitos de seguridade social. Em 1971, a Comunidade Econômica Europeia (CEE) emitiu o Regulamento CEE N° 1408/71 relativo à aplicação dos regimes de seguridade social aos trabalhadores e familiares que se deslocavam no interior do mercado. Posteriormente, qualquer pessoa durante estada temporária passou a ter direito a aceder aos cuidados de saúde imediatamente necessários, nas mesmas condições que os cidadãos nacionais (União Europeia, 2005f; Hermans, Berman 1998). Em seguida foi introduzido o deslocamento para tratamento pré-autorizado. Fundamentado nos objetivos de garantia dos direitos de proteção social, este Regulamento teve efeitos não intencionais entre os quais de estender para fora do país a escolha do cidadão em consumir mercadorias e serviços médicos, e de autorizar a importação e exportação de serviços de saúde (Busse, Drews, Wismar, 2002:231; Wismar, Gobrecht, Busse, 2002:227).

Para instrumentar os direitos previstos no Regulamento CEE N° 1408/71 foram criados diferentes formulários, de modo a atender variadas categorias de beneficiários —trabalhadores, turistas, estudantes— cujo acesso à assistência era distinto. Os formulários atendiam situações específicas como a prestação de assistência durante estada por motivos de trabalho (E106, usuário de duplo sistema), nos casos de turismo e viagens (E111, garante apenas emergências), na busca de emprego (E119), para estudantes e trabalhadores enviados a outro país (E128). O formulário E112 autoriza viagem para tratamento médico pré-definido por motivos específicos de falta ou dificuldade de prestação do serviço, tais como lista de espera, acesso às novas tecnologias, proximidade geográfica (Health Service Executive, 2005). Em todos esses casos, os beneficiários deviam portar o formulário respectivo ao buscarem o serviço no outro país, o que na prática nem sempre ocorria (Avilés, Villamil, Rodríguez, 2002:100).

A mobilidade de pacientes na União Europeia sob o abrigo do Regulamento CEE N°. 1408/71 teve pequeno impacto numérico e financeiro (Busse, Drews, Wismar, 2002:236). Dados de 1998 demonstram que o fluxo de pacientes entre os Estados-Membros

correspondeu a apenas 0,1% dos gastos públicos em saúde na União Européia (2 euros *per capita*). O menor fluxo de pacientes (14%) e o maior gasto (60%) foi nos casos de cuidados previamente autorizados (E112). O maior fluxo de pacientes (53%) foi de trabalhadores (E106) ajustado a 16% dos gastos. Os casos de curta estadia (E111) e atendimento em emergência corresponderam a 33% dos fluxos de pacientes e a 26% dos gastos.

Em dezembro de 2003, a União Européia aprovou novas recomendações sobre a mobilidade de pacientes que explicitam direitos e deveres destes e evidenciam a preocupação com a utilização de recursos e a partilha de capacidade nos cuidados transnacionais. Nesse sentido, instituem sistema para acompanhar mobilidade de profissionais de saúde e rede de centros de referência e de avaliação das tecnologias da saúde. Os Estados-Membros, por seu turno, se comprometeram a melhorar a informação sobre cuidados transnacionais e a integração dos objetivos de saúde em todas as políticas. Em busca do desenvolvimento de visão européia comum dos sistemas de saúde, os Estados-Membros firmaram compromisso com mecanismos de cooperação em serviços e assistência (União Européia, 2005e).

Em 2004, entrou em circulação o *cartão europeu de seguro de doença* que substituirá gradualmente os formulários "E", exceto o E112 (autorização de viagem para tratamento). O cartão não altera direitos ou obrigações regulamentados anteriormente, mas almeja eliminar obstáculos à mobilidade geográfica por motivo de busca de emprego, transferência de trabalho e turismo (União Européia, 2005g). Tem ainda função de simplificar o acesso, agilizar o reembolso e confirmar os direitos. Secundariamente, pode auxiliar o alinhamento de benefícios face às competências dos Estados-Membros na organização dos sistemas de saúde.

Frente à diversidade da organização, da cobertura e do financiamento dos sistemas nacionais de saúde esses diversos instrumentos têm utilidade para viabilizar e facilitar as relações entre os países, na garantia da prestação de serviços prevista em um país e a ser prestada nos termos do sistema de saúde de outro. A garantia do direito à saúde é reconhecida como fundamental para a livre circulação de pessoas no mercado europeu, de modo que não se constitua uma barreira não tarifária ao processo de integração

(Theofilatou, Maarse, 1998), ainda que o acesso aos serviços esteja disciplinado sob algumas condições.

X.7 A interpretação do direito comunitário de acesso aos serviços de saúde

Com o avanço do mercado único, os cidadãos europeus manifestam interesse em consumir produtos e serviços de saúde em outro Estado-Membro, como exercício da livre circulação. A interpretação desse direito tem sido objeto de jurisprudência pela *Corte de Justiça Européia* compatibilizando o Regulamento CEE Nº. 1408/71, às regras do mercado e reconhecendo a responsabilidade dos Estados-Membros na organização dos sistemas nacionais de saúde. As decisões da *Corte* na solução de controvérsias de direitos em saúde vêm influenciando a dimensão européia dos sistemas de saúde. Tais pronunciamentos causam repercussões distintas nos Estados-Membros, contudo, as possibilidades de acesso à saúde em outro país ficam ampliadas por essas decisões.

Os casos julgados pela Corte de Justiça Européia se referem às dúvidas de direitos de acesso aos serviços e produtos de saúde no mercado único europeu (Wismar, Gobrecht, Busse, 2002:222 Busse, Drews, Wismar, 2002:238). São casos de cidadãos que mediante argumento do exercício da livre circulação buscam em outro Estado-Membro serviços ou produtos de saúde e, posteriormente, recorrem à Corte para solicitar a garantia de reembolso destas despesas, realizadas sem a prévia autorização (E112). Os pronunciamentos da Corte de Justiça Européia em relação aos casos Kohll e Decker (1998) e Smits/Peerbooms e Vanbraekel (2001) perpassam questões da interpretação da extensão do direito ao acesso aos serviços e produtos de saúde no mercado único, bem como a livre circulação de pessoas e consumo de saúde (Wismar, Busse, Berman, 2002:22). Frente às distintas modalidades dos sistemas de saúde dos Estados-Membros, nos aspectos organizacionais e financeiros, as decisões da Corte repercutem de modo distinto no planejamento e na entrega destas ações (Busse, Wismar, 2002:254).

As decisões confirmam que pessoas têm liberdade de buscar serviços de saúde em outro Estado-Membro sob certas condições. Ao cidadão é garantido o direito ao reembolso, sem autorização prévia e com

fundamento na livre circulação, correspondente aos valores gastos no outro Estado-Membro. O atendimento prestado, por sua vez, deve ser nas mesmas condições que ao cidadão residente e de acordo com a legislação do Estado-Membro onde foi realizado. Os Estados-Membros devem cumprir a regulação comunitária ao organizar os sistemas nacionais de saúde e ao criar esquemas de autorizações prévias. Restrições devem estar amparadas por justificativas de manutenção de equilíbrio financeiro setorial. Em caso de recusa da autorização prévia (E112), a disponibilidade de tratamento igual ou equivalente sem espera, deve ser garantida (De Vos, Dewitte, Stuyft, 2004:216; Busse, Wismar, 2002:256-7).

As jurisprudências da *Corte* foram tornando claro para os Estados-Membros que mecanismos do mercado único se aplicam ao setor saúde independentemente da forma de organização deste. E para a União Européia que qualquer discussão futura do mercado de serviços de saúde há que considerar os arranjos da seguridade social dos Estados-Membros. Embora seja reconhecido que os sistemas nacionais observam e adaptam sistemáticas às regras da *Corte de Justiça Européia* e do mercado único, a situação desejada não é a garantia de escolha máxima pelo cidadão, como consumidor de serviços de saúde, pois isto comprometeria o planejamento e a organização dos serviços e ações de saúde nacionais (União Européia, 2005b; Paton, et al. 2002; União Européia, 2005d Busse, Drews, Wismar, 2002:231).

As repercussões das jurisprudências da Corte nas políticas de saúde provocaram intensivos debates e geraram controvérsias nos domínios financeiro, organizacional e de acesso. Há posicionamentos de que fundamentar decisões sobre acesso à saúde no imperativo do mercado prioriza a lógica individual do consumo em detrimento da coletiva de proteção social a ser garantida pelo Estado (União Européia, 2005b; Mossialos, et al., 2001). Existe a preocupação da conformação de cesta européia de cuidados de saúde (Nickless, 2001), com impacto variável na composição interna do sistema de cada país. Atualmente, *policy makers* europeus reconhecem a contribuição destas jurisprudências na transparência do direito à saúde, nas possibilidades de acesso em outro Estado-Membro de serviços não disponíveis (Nickless, 2001) e no consenso de que nenhum sistema nacional de saúde está isento das obrigações acordadas e regula-

mentadas (Wismar, 2001). Na perspectiva territorial, as jurisprudências fortalecem o esforço comunitário de romper fronteiras, garantir a aplicação do direito em outro Estado-Membro e resguardar a soberania da responsabilidade pelos cuidados de saúde a cada país (Nickless, 2001).

X.8 Cuidados integrados entre países e nas regiões de fronteira

Embora os registros sejam insuficientes e o impacto financeiro pequeno, o fluxo de pacientes entre países na União Européia concentra-se nas fronteiras (Busse, Drews, Wismar, 2002:236). Nessas regiões, o movimento de trabalhadores é intenso e há pressão em busca de cuidados de saúde (Coheur, 2001). Nas fronteiras internas da União Européia se manifesta contradição importante para o acesso aos serviços de saúde: integração de espaços territoriais vis a vis sistemas de saúde limitados ao território do país (Wismar, Busse, Berman, 2002:20). Nas fronteiras a garantia de acesso aos serviços de saúde é importante para que disparidades territoriais e dos sistemas de saúde não representem obstáculos não tarifários à integração e à coesão econômica e social (Theofilatou, Maarse, 1998). Fronteiras são territórios vinculados à identidade nacional que se dilui, onde se manifestam situações de $\frac{3}{4}$ diferença versus $\frac{3}{4}$ integração $\frac{3}{4}$, onde além de contrastes de língua e de cultura, dá-se convivência cotidiana entre sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social distintos, o que gera tensões e evidencia contradições entre as realidades local, regional e do conjunto de instituições, normas e políticas (Ciccolella, 1994).

A partir do *Tratado de Maastricht* foram desenvolvidos projetos estruturais com atividades dirigidas para as fronteiras européias (União Européia, 2005h). Em 1994, foi criado o *Comitê das Regiões*, órgão consultivo integrado por representantes dos poderes locais e regionais que subsidia nas fronteiras a aplicação da legislação européia nos domínios da saúde, educação, cultura, política de emprego, política social, ambiente, formação profissional e transportes (Busse, Drews, Wismar, 2002:244).

A revisão de projetos de cooperação e assistência em saúde entre regiões ou Estados-Membros, vários destes localizados nas fronteiras, demonstra que objetivam melhorar possibilidades de acesso e am-

pliar serviços ofertados. Além disso, facilitar relações entre agências governamentais e prestadores de serviços e solucionar tensões entre direitos do paciente e regras de autorização. As principais ações de cooperação são em emergências (ambulâncias, equipes de resgate, equipamentos), assistência (serviços complementares), telemedicina (consulta, diagnóstico, compartilhamento de dados e troca de experiência), compra e utilização de equipamentos, pesquisa, recursos humanos, rede de boas práticas, e estabelecimento de estruturas comuns (Hermans, Brouwer, 2005).

Embora essas experiências apresentem grande diversidade de ações, exibem motivações e resultados bastante semelhantes. Os projetos predominantes buscam atender problemas de capacidade e de escala de serviços especializados, e vinculam-se aos hospitais universitários. Muitos envolvem localidades de países onde os julgamentos da Corte de Justiça Euro-

péia tiveram maiores repercussões (Bélgica, Holanda, Alemanha) e buscam auxiliar o controle de custos e do atendimento (Hermans, Brouwer, 2005).

O fluxo de pacientes entre países relaciona-se a fatores de ordem pessoal, social, financeiro, clínico, gerencial e político. Para os pacientes os fatores mais importantes são o tempo de espera, nível de cuidado, distância, amizades ou parentescos. Enquanto que para os profissionais de saúde contatos com o sistema do outro país e a falta de recursos locais são fatores mais mencionados para encaminhar paciente a outro país. Tanto para os pacientes quanto para os profissionais as barreiras mais evidentes para a busca de serviços de saúde em outro país são a língua, a cultura, aspectos legais e administrativos. Entretanto, nas regiões com projetos mais organizados observou-se tendência para o aumento de fluxo (Hermans, Brouwer, 2005).

XI. Síntese das principais repercussões do mercado interno europeu sobre as políticas de saúde e lições para o Mercosul

A construção da União Européia tem fundamentos econômicos, entretanto, ilustra processo gradual de aprofundamento e alargamento que almeja a transição da *Europa econômica* para a *Europa política* com a adoção da Constituição Européia, cujos valores devem influenciar todas as políticas. A saúde teve papel menor na integração, ainda que desde os primeiros acordos a garantia e a proteção da saúde e a segurança do trabalhador tenham sido objetos de regulamentação. A partir de 1993, a saúde é incluída na agenda como tema específico, mediante ações comunitárias de saúde pública. Embora a responsabilidade pela organização dos serviços de saúde seja de cada Estado-Membro, princípios de proteção social compartilhados garantem ao cidadão acesso regulado à saúde em outro Estado-Membro. À medida que avança a consolidação da livre circulação, os Estados-Membros reconhecem efeitos do mercado único nas políticas de saúde. Os resultados acumulados pela União Européia evidenciam que processos de integração são exercícios de conciliação de interesses e que embora o fator motivador seja o econômico, as repercussões que causam na saúde impõem interação entre as políticas econômicas e sanitárias.

A revisão de literatura mostra que a integração européia repercutiu sobre os sistemas nacionais de saúde não tanto por legislação específica, mas como consequência dos esforços de implementação do mercado único europeu, nos aspectos econômicos e da livre circulação. A garantia do acesso aos serviços e produtos de saúde no interior do mercado europeu foi utilizada para romper barreiras de circulação. Na modalidade de integração assumida, a queda de barreiras à circulação de pessoas, produtos, serviços e capital significou na saúde a livre movimentação de profissionais, pacientes, trabalhadores, fármacos, tecnologias e serviços. Na saúde, a livre circulação de pessoas teve maior impacto sobre a oferta de profissionais e na demanda de migrantes pela garantia de acesso. Acordos comunitários buscaram tanto regular o mercado de trabalho para facilitar o reconhecimento

de profissões quanto a compensação financeira entre os sistemas para a garantia de direitos. Por sua vez, projetos em desenvolvimento nas regiões fronteiriças da União Européia, motivados pela integração, exibem melhoria da capacidade de garantir cuidados integrais de saúde mediante articulação de serviços, formação conjunta de profissionais e novos arranjos organizacionais.

Ainda que as repercussões da legislação comunitária tenham afetado os Estados-Membros independentemente do modelo de política de saúde adotado, os impactos foram distintos frente às características de organização e financiamento de cada sistema nacional de saúde. Nesse sentido, a integração européia repercutiu de modo intencional e não intencional nas políticas de saúde, em aspectos de regulação, financiamento, oferta, acesso e distribuição de serviços em cada Estado-Membro. Os efeitos intencionais resultaram em acordos no domínio da saúde pública, facilitação da mobilidade de profissionais, regulamentação para aquisição pública de mercadorias e serviços de saúde, sistema comum para licenciamento, produção e distribuição de fármacos e insumos médicos, e sistemáticas para garantir a cobertura e acesso aos serviços de saúde no interior da Comunidade. Os efeitos não-intencionais são derivados de metas econômicas comunitárias e, em parte, resultam da insuficiente abordagem da saúde na regulamentação do mercado único gerando impactos na compra, provisão e entrega dos serviços de saúde. Para construir o mercado único europeu foram impostos critérios e metas econômicas aos Estados-Membros com o objetivo de garantir a estabilidade econômica. Os Estados-Membros frente às regras acordadas têm que realizar adaptações internas para cumpri-las, confrontando objetivos sociais com os de mercado e, em decorrência, as políticas sociais e de saúde terminam por subordinar-se aos imperativos das políticas econômicas. Assim, na integração européia permaneceu tensão não resolvida entre os objetivos do mercado único e as políticas nacionais de saúde.

Entre MERCOSUL e União Européia existem semelhanças e diferenças. Na atualidade, o MERCOSUL se conforma como união alfandegária, entretanto, objetiva alcançar a livre circulação de pessoas, produtos, serviços e capitais. Mesmo em nível de integração anterior ao da União Européia, a reflexão sobre esta, antecipa desafios a enfrentar na consolidação do bloco do cone sul que ao caminhar para o mercado comum tem como exemplo bem sucedido a União Européia. Assim o ponto fundamental de simetria entre ambos é alcançar a integração regional, conquanto o histórico de relações e heterogeneidades entre os integrantes, além de aspectos jurídicos sejam diferenças entre os dois blocos.

Na saúde, a União Européia reforçou objetivos comuns de combinar solidariedade com sustentabilidade financeira, de introduzir diretrizes de mercado mantendo o papel de responsabilidade do Estado-Membro. Embora a titularidade do direito à saúde permaneça ligada à nacionalidade, os Estados-Membros adotaram inovações na organização e produção de serviços para a garantia do acesso em outro país. No MERCOSUL, os Estados-Parte possuem distintos desenhos de políticas de saúde tanto nos aspectos organizacionais e financeiros quanto de cobertura. Ainda que exista contigüidade no território epidemiológico e sanitário para além das fronteiras, os países têm perfis populacionais, de infra-estrutura e de responsabilidades sanitárias variados.

É reconhecido, que a saúde é política pública resultante de consensos sócio-políticos em cada país. Nesse sentido, as variações significativas entre desenhos dos sistemas e das políticas dos Estados-Partes no MERCOSUL denotam que há pouco consenso regional sobre o escopo da proteção social, diferentemente do observado na União Européia. O Brasil vem consolidando sistema de saúde público, de base universal, descentralizado e com participação social e têm atraído atenção e interesse de outros governos. Embora longe de uma ação de regulação dos serviços de saúde para a integração regional, essa situação favorece acordos de cooperação e oferece paradigmas para a harmonização no campo da saúde no MERCOSUL.

Na União Européia a saúde foi subordinada ao processo de integração e a garantia do direito de aces-

so no mercado interno foi uma forma de evitar barreiras não tarifárias à livre circulação, assim como a ação comunitária de saúde pública. O MERCOSUL segue trilha semelhante ao realizar a inclusão gradual e incipiente de questões de vigilância sanitárias e epidemiológicas, relacionadas à circulação de produtos e às ações de saúde pública de alta externalidade. Essa discussão ocorre em subgrupo de trabalho específico (SGT-11) que busca harmonização normativa entre Estados-Partes.

Traçando paralelos com a União Européia, em um cenário futuro do MERCOSUL no qual a integração se aprofunda, as diversidades das políticas de saúde devem ser superadas para garantir o direito ao acesso em outro país de modo que a ausência de acesso não se configure como barreira à livre circulação das pessoas no interior do Bloco. Nesse sentido, Estados-Partes acordariam regras e mecanismos de garantia desse acesso, e, implantariam instrumentos intergovernamentais à semelhança dos formulários "E" ou o Cartão de Saúde MERCOSUL. Em etapa intermediária, a adoção de procedimentos de troca de serviços, em ações cooperativas locais de fronteira com apoio dos governos nacionais, pode contribuir para a integração regional. Considerando a experiência européia, a opção menos indicada é a restrição de acesso, que em processos de integração regional se configura como barreira não-tarifária. Além disso, no caso do SUS o não atendimento pode comprometer princípios constitucionais, considerando a mobilidade histórica de famílias nas fronteiras.

As garantias dos direitos sociais são fatores importantes em processos de integração como demonstra a União Européia. A problemática do acesso aos serviços de saúde no MERCOSUL, contudo, não é de simples abordagem seja no aspecto institucional seja no político. Avançar na reflexão das repercussões da integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde a partir da perspectiva das regiões de fronteiras como os resultados da pesquisa aqui apresentados antecipam questões na plena vigência do MERCOSUL e apontam caminhos a trilhar.

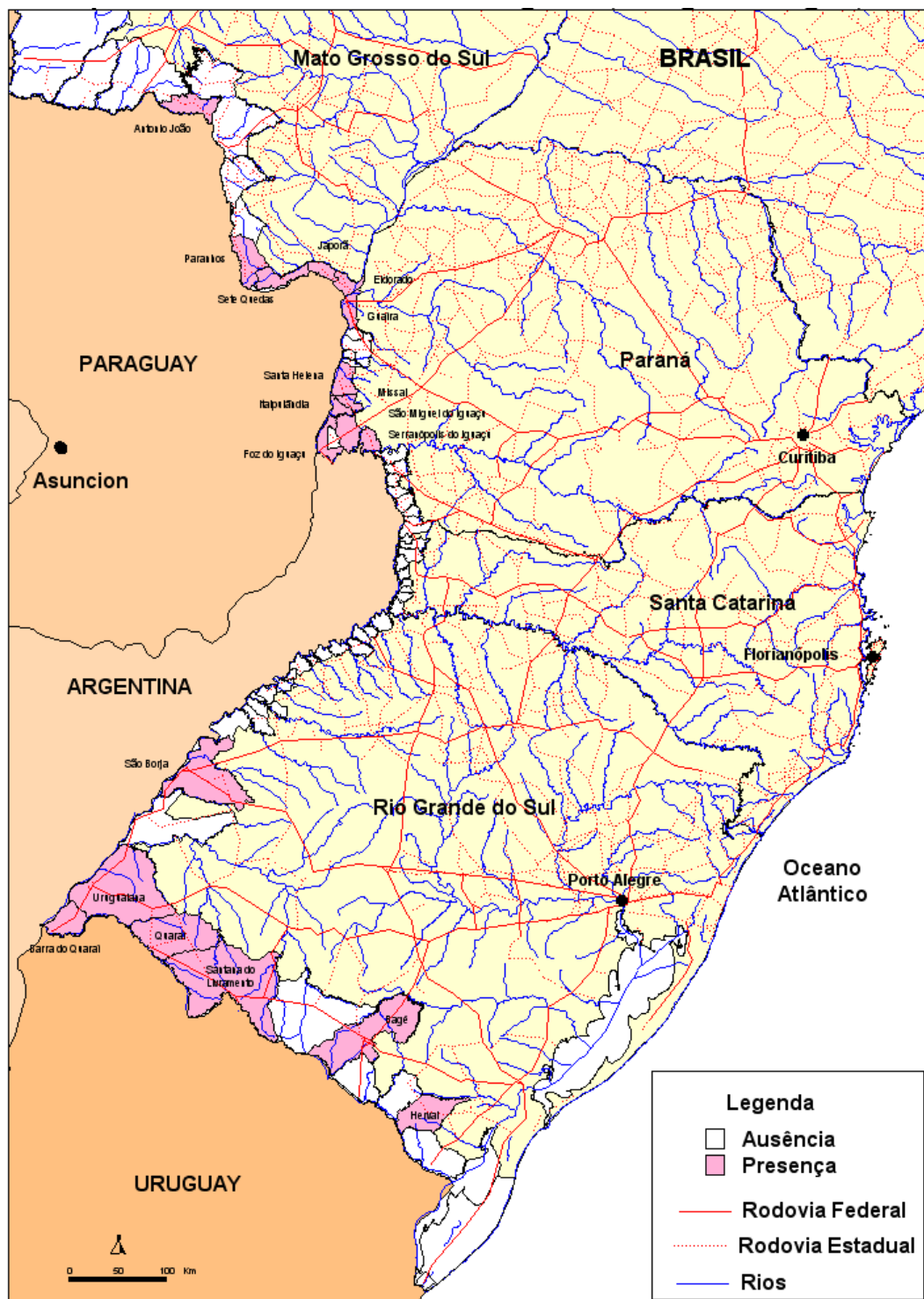
Mapa 1
Municípios brasileiros da Linha de Fronteira por porte populacional com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Mapa 2

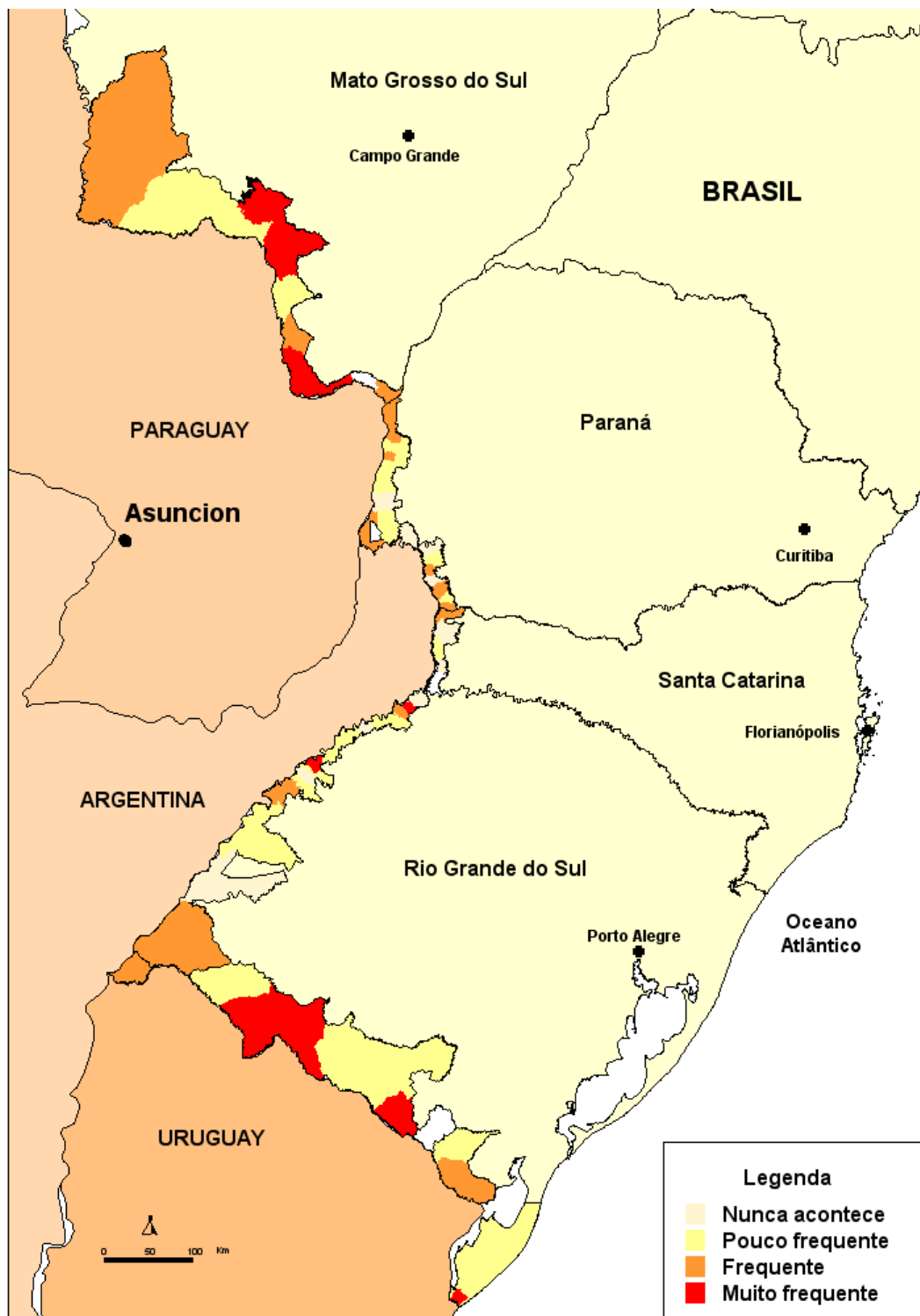
Presença de transporte coletivo regular entre o município e a cidade estrangeira de fronteira.
Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Mapa 3

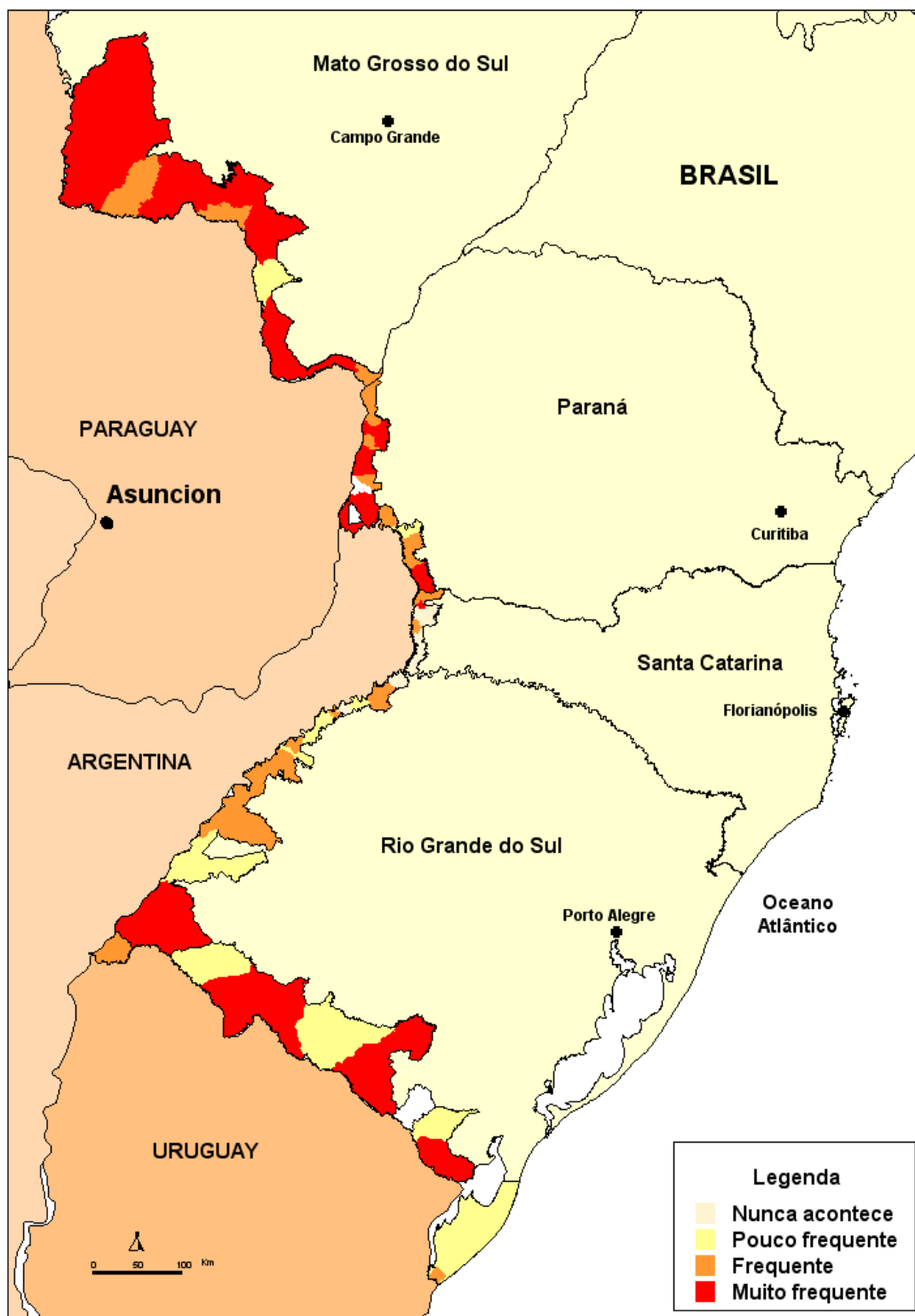
Busca de estrangeiros residentes em cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS.
Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Mapa 4

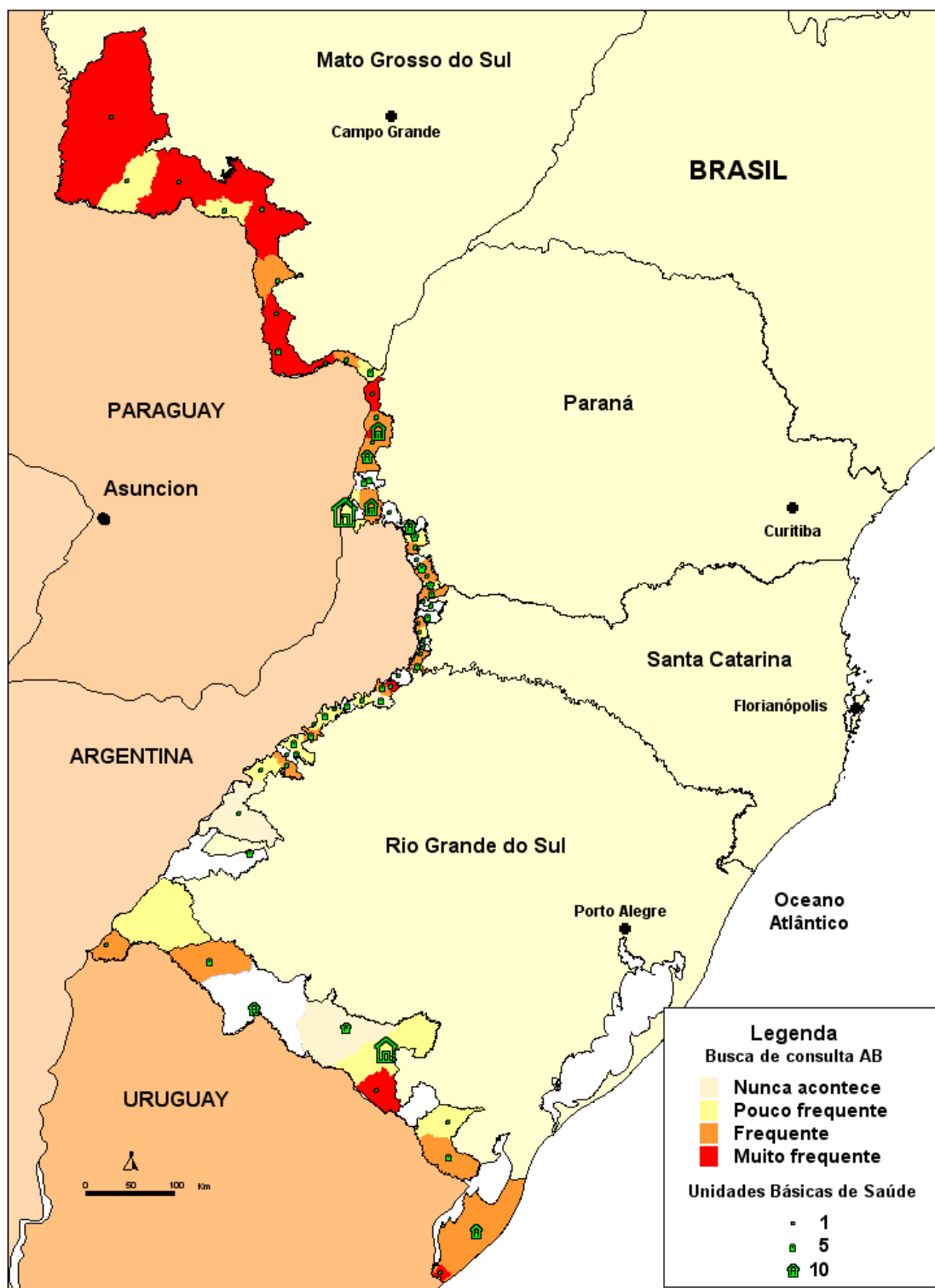
Busca de brasileiros residentes em cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS.
Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Mapa 5

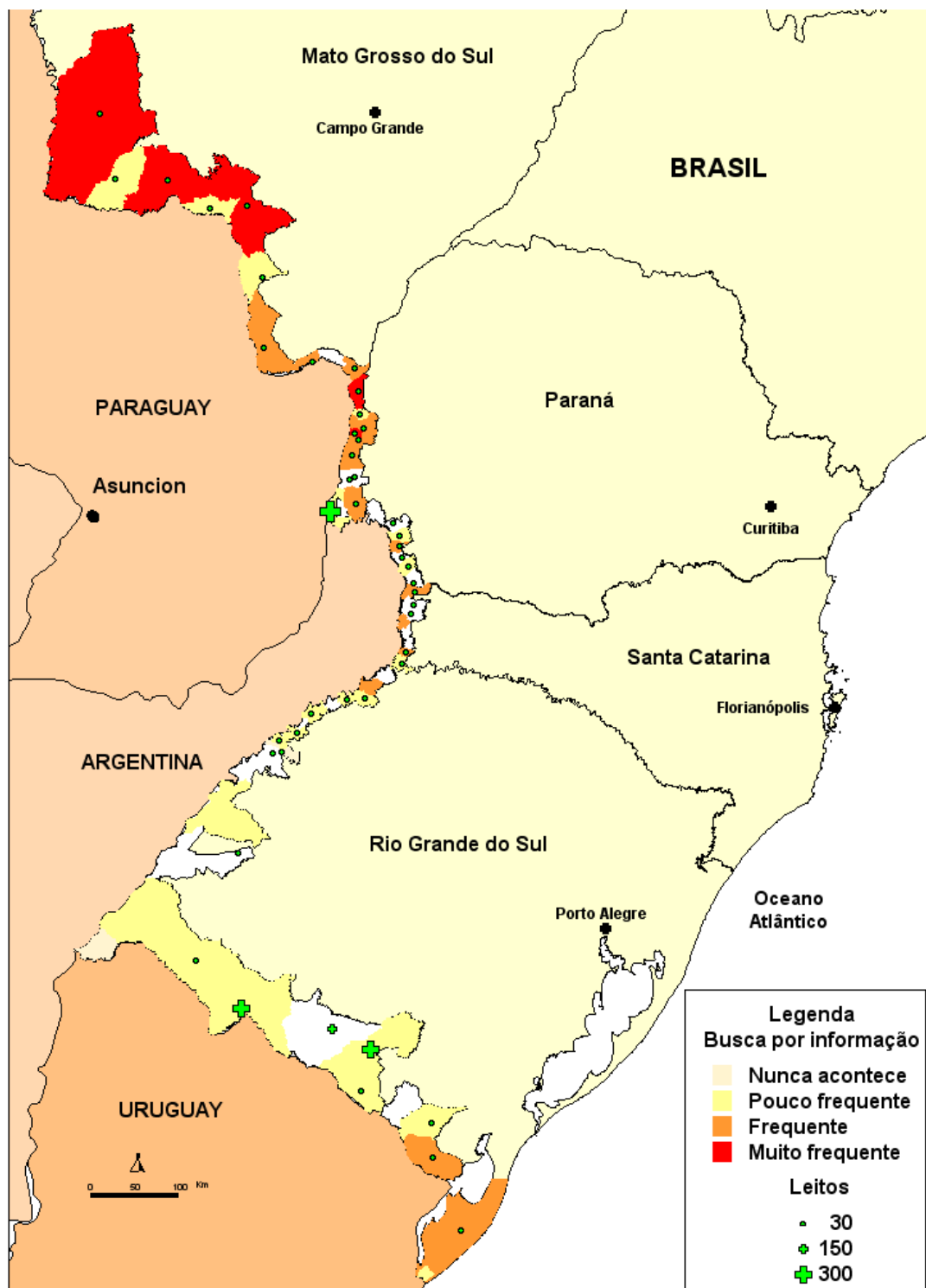
Busca de consulta médica de atenção básica por estrangeiros e oferta de unidades básicas do SUS.
Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Mapa 6

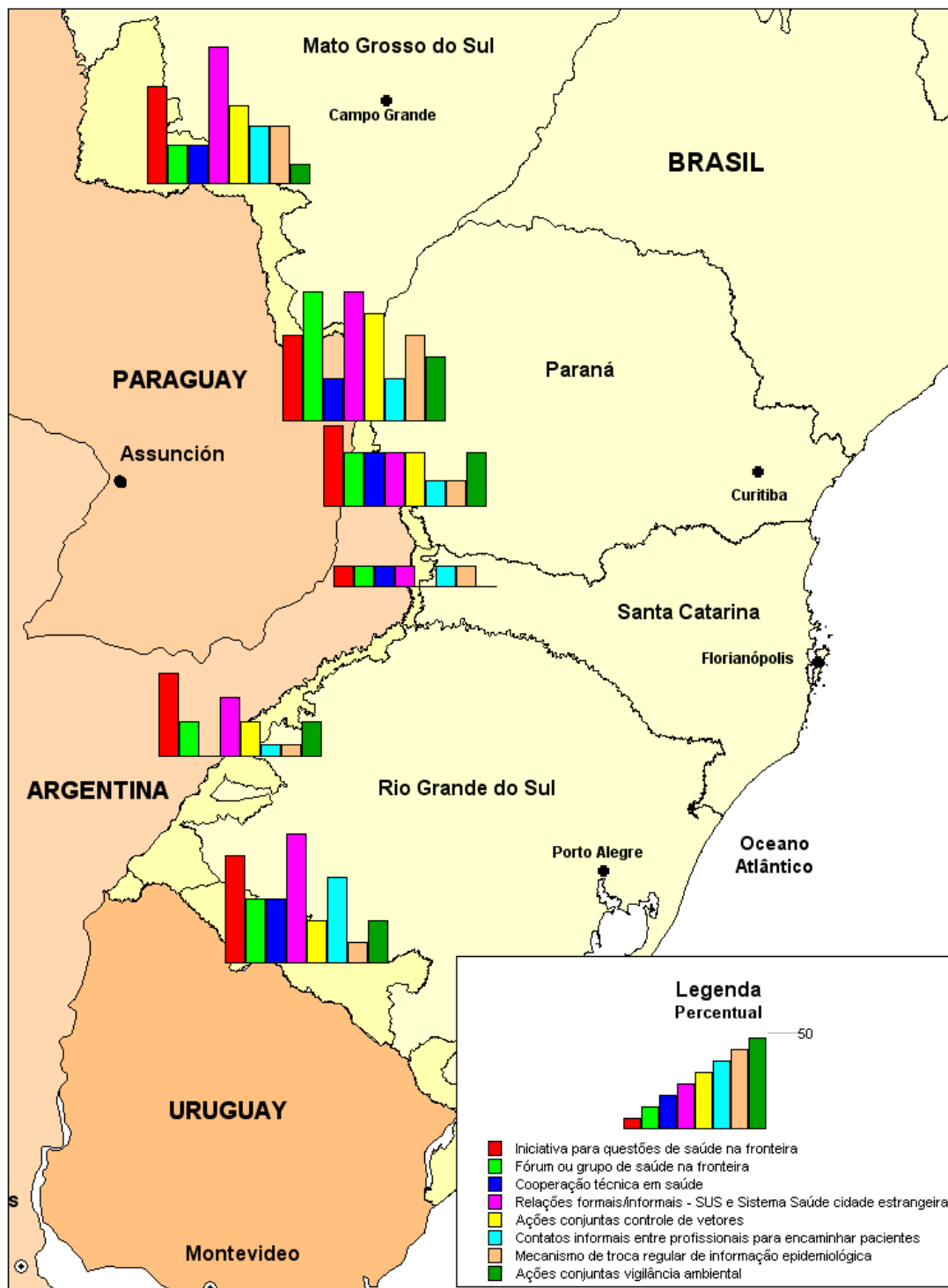
Busca da internação hospitalar no SUS por estrangeiros e oferta de leitos hospitalares SUS. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Mapa 7

Iniciativas de cooperação e ações em saúde relacionadas à situação de fronteira.
Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005



Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - Pesquisa Saúde na Fronteira, 2007

Visite nosso site. Acesse www.ensp.fiocruz.br/saudenasfronteiras

<h1>SAÚDE NAS FRONTEIRAS</h1> <p>ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL</p>			
<p>PÁGINA PRINCIPAL PESQUISA SAÚDE NA FRONTEIRA SÍNTESE DOS RESULTADOS ESTUDOS DE CASO SISTEMAS DE SAÚDE</p>		<p>MERCOSUL E POLÍTICAS DE SAÚDE UNIÃO EUROPEIA E SISTEMAS DE SAÚDE LITERATURA DE REFERÊNCIA EQUIPE DE PESQUISA</p>	
<p>» Equipe de pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligia Giovanella - Coordenadora Escola Nacional de Saúde Pública • Luisa Guimarães - Escola Nacional de Saúde Pública • Letícia de Vasconcelos Lobato - Universidade Federal Fluminense • Vera Maria Ribeiro Nogueira - Universidade Federal de Santa Catarina 		<p>» Apresentação</p> <p>Este site apresenta os resultados e produtos da Pesquisa Saúde nas Fronteiras: Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul realizada com o apoio financeiro do CNPq.</p> <p>Os processos de integração regional entre países para a implementação de mercados comuns foram intensificados no contexto de globalização e lentamente uma agenda social da integração, é construída acompanhando a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capitais. Fundamentos econômicos de um mercado único. No Mercado Comum do Sul (Mercosul), criado em 1991 – e integrando, à época, a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai – paralelamente à sua criação com a incorporação de outros países, questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente tem sido incorporadas à agenda política dos governantes da região. A pesquisa teve por objetivo identificar e analisar as ações demandadas pela população fronteiriça aos serviços de saúde, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre os serviços na região e estratégias de resposta de gestores locais às pressões por atendimento nos 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai.</p> <p>A partir de 1997, a saúde passou a ser tratada em dois fóruns específicos do Mercosul: a reunião de Ministros de Saúde e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde. As atividades desses fóruns estão orientadas principalmente à negociação entre países para harmonização de normas que possibilitem a circulação de produtos e serviços. Como União Aduaneira, a inclusão de temas relacionados à saúde no Mercosul vem sendo gradual, vinculada predominantemente às questões sanitária e epidemiológica, relacionadas à circulação de produtos e a ações de saúde pública de alta externalidade. Mas recentemente, despontou com força a questão da circulação de profissionais de saúde, indicando a preocupação com a regulação do mercado de trabalho e a formação neste campo.</p> <p>No contexto de formação de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam possíveis efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes; e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças, exigindo políticas específicas desconexas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões.</p> <p>O Brasil tem uma faixa de fronteira extensa de 15.719 quilômetros que corresponde a 27% do território nacional. A faixa de fronteira é a área de 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional. Nela estão sediados 588 municípios de onze estados que borderam dez países da América do Sul, onde vivem cerca de 10 milhões de pessoas (Gadeña e Costa, 2005). A legislação brasileira para a faixa de fronteira encontra-se em reformulação, pois é antiga, data dos anos 1970, período da ditadura militar, e com preocupação restrita à defesa do território, com inexistência de barreiras às supostas ameaças externas. Deste modo, ainda não contempla prioridades para o desenvolvimento e para a integração sul-americana. Tradicionalmente tratada como local de isolamento, a fronteira configura-se hoje como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcada por profundas desigualdades sociais (Gadeña e Costa, 2008). Contudo, a faixa não homogênea apresentando em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais com fluxos transfronteiriços mais intensos presentes em seu Arco Sul.</p> <p>Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde que existem os países membros do Mercosul, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos; sejam nas abordagens organizacionais da assistência; aliados às variedades dos perfis das cidades fronteiriças intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto nos aspectos sanitários e epidemiológicos quanto no acesso às ações e, finalmente, conlevam à complexificação de impactos negativos do processo de integração regional nos serviços de saúde (Drabek, 2003; Piguera et al., 2002).</p> <p>Nesse sentido, o esforço do SUS para consolidar a descentralização e organizar serviços de saúde locais com vistas a melhorar o acesso integral pode ser afetado pela ausência de linhas e diretrizes específicas para as situações de fronteiras. A dimensão dessa questão assume proporções variadas considerando o mosaico de relações e locais das populações fronteiriças, e os intercâmbios econômicos e as facilidades de acesso. Embora a busca por serviços de saúde por populações de outros países seja realidade nos serviços de saúde de algumas de fronteiras, não existem estudos suficientes para dar a dimensão dessa demanda espontânea que ocorre presente à medida que os sistemas municipais de saúde se organizam.</p> <p>Ainda que os sistemas de informação tenham avançado consideravelmente nos últimos anos aprimorando e qualificando os dados sobre utilização dos serviços de saúde, são escassos os dados primários que possibilitem conhecer e analisar as condições de acesso e demandas por serviços no SUS por estrangeiros e brasileiros não residentes nas localidades de fronteira. Pouco se conhece também das estratégias locais de respostas às pressões específicas por atenção à saúde nas regiões de fronteira. No caso, das cidades fronteiriças com o Mercosul essa situação exige maior complexidade considerando outros fatores condicionantes do perfil de utilização associados às diferenças no desenho dos sistemas de saúde de cada Estado-parte.</p>	
<p>» Pesquisadoras de campo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daniela Castmann • Keli Regina Dal Prá • Pátricy Fideles de Almeida • Rafaela Brustolin Hellmann • Rosângela da Silva Almeida 		<p>» Parceiros institucionais</p> <ul style="list-style-type: none"> 	
<p>» Assessoria estatística</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giseli Nogueira Daniaviana 		<p>» Auxiliares de pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carina Pacheco Teixeira • Marcela Silva da Cunha 	
<p>» Auxiliares administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lincoln Xavier da Silva • Luis Cláudio Guimarães da Silva 		<p>» NUPES</p> <p>Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz Nupes/Ensp/InsP/InsPoz Av Brasil, 4036 s. 1001 CEP 21040-361 Rio de Janeiro - RJ - Brasil</p> <p>Tel: (0055 21) 3862-9134 Fax: (0055 21) 2270-6937</p>	
<p>PÁGINA PRINCIPAL PESQUISA SAÚDE NA FRONTEIRA SÍNTESE DOS RESULTADOS ESTUDOS DE CASO SISTEMAS DE SAÚDE MERCOSUL E POLÍTICAS DE SAÚDE UNIÃO EUROPEIA E SISTEMAS DE SAÚDE LITERATURA DE REFERÊNCIA EQUIPE DE PESQUISA ENSP, CONICORFO APSA, REZISTITA Copyright © 2007 Saúde nas Fronteiras. Todos os direitos reservados.</p>			

XIII. Perfil sócio-demográfico e assistencial dos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Perfil demográfico e condições de vida nos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai (cont.)

Município	Código IBGE	Área (km2) IBGE	População (1) IBGE - 2004	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios IBGE - 2000	Domicílios com abastecimento de água (%) (3) IBGE - 2000	Domicílios com esgotamento sanitário (%) (4) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (%) (5) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	Taxa de alfabetização (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (6) IBGE - 2000	Nascimentos registrados no lugar (7) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar per capita até 1/2 salário mínimo - 2000	Pessoas de 10 anos ou + de idade sem rendimento IBGE - 2000	Renda média mensal (R\$) das pessoas com 10 anos ou + de idade IBGE - 2000
Rio Grande do Sul - fronteira com Uruguai														
Chuí	4305439	203	5.957	0,811	1.494	91,7	24,3	92,6	95	96,7	93	19,9	35,8	608
Santa Vitória do Palmar	4317301	5.244	34.143	0,798	10.519	77,4	26,5	83,4	84	91,7	537	27,7	38,0	1.069
Jaguarão	4311007	2.054	31.041	0,772	9.061	89,8	37,4	89,4	90	92,4	505	26,8	34,3	480
Herval	4307104	1.758	7.280	0,754	2.756	53,7	12,0	53,1	54	89,0	119	42,1	38,8	349
Pedras Altas (8)	4314175	1.377	2.674	-	722	-	-	-	-	-	0	-	-	297
Aceguá (10)	4300034	1.550	4.074	-	1.066	-	-	-	-	-	110	-	-	473
Bagé	4301602	4.096	119.019	0,794	35.119	92,1	43,6	92,1	82	92,9	2.221	25,0	37,9	576
Dom Pedrito	4306601	5.192	41.365	0,783	12.100	86,2	16,3	84,8	89	92,0	748	28,4	35,8	526
Santana do Livramento	4317103	6.950	95.148	0,803	26.792	88,7	36,4	87,6	93	94,5	1.790	26,5	37,4	603
Quarai	4315305	3.148	24.781	0,777	7.060	89,3	38,8	89,0	92	92,8	473	32,1	34,8	433
Barra do Quarai	4301875	1.056	4.134	0,777	1.027	64,7	10,8	64,9	74	91,9	66	30,5	39,3	508
Rio Grande do Sul - fronteira com Argentina														
Uruguaiana	4322400	5.716	132.109	0,788	34.558	89,3	26,9	91,1	94	94,5	3.019	28,8	41,2	618
Itaqui	4310603	3.404	41.456	0,801	10.772	83,7	24,8	83,5	88	92,2	756	36,3	44,9	488
São Borja	4318002	3.616	66.467	0,798	17.981	82,6	28,0	86,5	88	91,8	1.242	31,6	42,1	527
Garruchos	4308656	800	3.882	0,715	1.048	31,9	0,4	28,5	32	86,8	0	52,0	45,2	301
São Nicolau	4319208	485	6.213	0,714	1.916	91,5	0,4	51,0	65	82,3	103	57,6	43,3	273
Roque Gonzales	4316303	347	7.387	0,749	2.251	84,5	0,1	39,2	35	90,9	63	45,3	42,5	341
Pirapó	4314555	292	3.158	0,720	976	91,2	0,0	23,6	21	86,5	37	56,0	45,3	252
Porto Xavier	4315107	281	11.294	0,762	3.343	78,1	13,7	52,5	50	87,7	151	40,3	38,4	437
Porto Lucena	4315008	250	6.111	0,747	1.971	71,9	0,2	39,6	38	90,0	68	38,7	41,2	313
Porto Vera Cruz	4315073	114	2.307	0,755	764	62,1	0,1	23,0	20	90,5	0	44,8	43,2	242
Alecrim	4300307	315	7.825	0,743	2.422	43,6	0,1	29,7	25	92,1	83	40,7	45,0	326
Porto Mauá	4315057	106	2.740	0,803	774	54,5	0,0	59,6	33	92,7	0	29,0	35,4	281
Novo Machado	4313425	219	4.420	0,772	1.449	73,6	0,1	29,0	32	93,6	0	31,7	45,2	352
Dr. Maurício Cardoso	4306734	256	5.974	0,765	1.899	45,0	0,1	41,1	41	93,2	76	29,0	39,7	361
Crissiumal	4306007	362	14.173	0,786	4.586	48,7	0,1	44,3	40	94,0	221	32,2	38,3	347
Tiradentes do Sul	4321477	234	6.870	0,746	2.196	13,9	0,2	19,7	20	88,1	156	40,4	44,4	323
Esperança do Sul	4307450	148	3.472	0,709	1.116	0,2	0,0	14,8	11	90,7	85	45,0	45,3	230
Derrubadas	4306320	361	3.406	0,759	1.040	0,5	0,0	16,1	21	89,3	0	41,0	43,2	340

XIII. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ASSISTENCIAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA ...

Perfil demográfico e condições de vida nos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai (cont.)

Município	Código IBGE	Área (km ²) IBGE	População (1) IBGE - 2004	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios IBGE - 2000	Domicílios com abastecimento de água (%) (3) IBGE - 2000	Domicílios com esgotamento sanitário (%) (4) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (%) (5) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	Taxa de alfabetização (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (6) IBGE - 2000	Nascimentos registrados no lugar (7) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar per capita até 1/2 salário mínimo - 2000 (11)	Pessoas de 10 anos ou + de idade sem rendimento IBGE - 2000	Renda média mensal (R\$) das pessoas com 10 anos ou + de idade IBGE - 2000
Santa Catarina fronteira com a Argentina														
Itapiranga	4208401	280	13.550	0,832	3.663	62,2	36,0	52,7	38	96,2	247	27,67	39,6	579
Tunápolis	4218756	133	4.493	0,821	1.242	32,6	0,2	32,4	25	97,2	87	23,22	26,9	324
Santa Helena	4215554	81	2.431	0,787	664	37,3	0	33,4	26	91,2	0	27,6	48,9	439
Belmonte	4202156	94	2.320	0,777	659	39,3	0	36,4	39	90,3	0	36,06	44,2	338
Bandeirante	4202081	146	2.957	0,765	811	16,9	0,1	0	26	89,0	0	50,13	49,1	452
Guaraciaba	4206405	331	10.526	0,786	2.880	48,2	12,4	39,6	40	93,6	132	22,1	41,9	434
Paraisópolis	4212239	179	4.311	0,773	1.206	19,8	0	26,4	27	89,0	0	34,28	34,5	339
São José do Cedro	4216701	280	13.233	0,805	3.604	59,5	0,5	49,5	49	92,0	226	24,3	34,6	465
Princesa	4214151	86	2.500	0,746	668	31,9	0	15,9	22	89,9	0	33,46	52,2	419
Dionísio Cerqueira	4205001	378	14.466	0,743	3.745	57,2	3	54,9	61	88,9	380	44,52	41,3	416
Paraná fronteira com Argentina														
Barracão	4102604	164	9.111	0,764	2.502	63,4	4,6	60,5	63	88,9	195	33,0	40,1	502
Bom Jesus do Sul	4103156	174	3.972	0,696	1.032	20,1	0,1	11,9	9	84,4	78	62,09	40,9	235
Santo Antônio do Sudoeste	4124400	326	18.044	0,715	4.850	64,8	0,5	55,9	60	86,7	416	42,39	40,4	361
Pranchita	4120358	226	5.876	0,804	1.694	56,8	8,1	48,6	49	89,8	106	27,5	38,9	541
Pérola D'Oeste	4119004	224	6.852	0,759	2.029	54,2	1,7	42,7	37	90	93	38,69	44,4	359
Planalto	4119806	346	13.727	0,763	3.908	46,4	0,3	34,9	34	90,3	217	36,34	43,7	391
Capitão	4104501	419	17.780	0,803	5.195	62,3	0,3	49,9	51	91	315	21,39	39,6	470
Serranópolis do Iguaçu	4126355	484	4.891	0,796	1.292	49,4	0,2	70,5	41	94,4	50	23,84	39,8	543
Paraná fronteira com Paraguai														
Foz do Iguaçu	4108304	618	286.285	0,788	69.858	95,0	34,4	97,1	99	93,3	6208	21,15	40,0	695
Santa Terezinha de Itaipu	4124053	259	20.080	0,778	4.873	86,5	3,0	89,2	89	91,4	365	24,65	39,0	549
São Miguel do Iguaçu	4125704	851	26.010	0,779	6.405	75,8	1,6	67,2	58	90,7	480	31,43	42,3	667
Itaipulândia	4110953	336	7.913	0,760	1.760	94,3	0,7	74,1	54	91,4	140	30,36	36,8	462
Missal	4116059	320	10.452	0,790	2.896	81,2	0,1	58,8	48	93,0	121	24,34	38,3	476
Santa Helena	4123501	758	21.152	0,799	5.571	92,9	24,2	66,8	48	92,1	359	26,63	38,3	513
Entre Rios do Oeste	4107538	122	3.491	0,847	939	95,1	1,0	63,3	61	96,7	59	12,34	27,8	594
Marçal Cândido Rondon	4114609	748	43.401	0,829	11.983	84,6	3,1	76,9	76	96,0	656	14,66	31,8	604
Pato Bragado	4118451	135	4.259	0,821	1.159	87,7	0,9	64,1	57	95,2	81	18,71	40,8	571
Mercedes	4115853	201	4.772	0,816	1.294	60,7	1,5	37,2	32	94,1	45	14,57	39,6	586
Guaira	4108809	561	28.115	0,777	8.045	84,9	41,4	79,3	87	88,8	560	32,33	40,6	518

Perfil demográfico e condições de vida nos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai (cont.)

Município	Código IBGE	Área (km ²) IBGE	População (1)	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios IBGE - 2000	Domicílios com abastecimento de água (%) (3) IBGE - 2000	Domicílios com esgotamento sanitário (%) (4) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (%) (5) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	Taxa de alfabetização (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (6) IBGE - 2000	Nascimentos registrados no lugar (7) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar per capita até 1/2 salário mínimo - 2000 (11)	Pessoas de 10 anos ou + de idade sem rendimento IBGE - 2000	Renda média mensal (R\$) das pessoas com 10 anos ou + de idade IBGE - 2000
Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai														
Mundo Novo	5005681	479	14.764	0,761	4.330	87,1	0,4	78,6	87	86,0	558	27,41	37,9	443
Japorã	5004809	420	6.795	0,636	1.370	52,6	0	18,9	20	72,8	97	64,36	52,4	253
Sete Quedas	5007703	826	9.291	0,719	2.931	78,6	0,6	74,6	83	81,1	493	36,8	36,6	463
Paranhos	5006358	1.302	10.513	0,676	2.260	60,7	0,2	53,5	57	78,0	474	59,53	39,8	265
Coronel Sapucaia	5003157	1.029	13.295	0,713	3.117	44,2	6,5	65,5	74	79,6	1072	42,1	46,7	397
Aral Moreira	5001243	1.656	8.055	0,723	1.918	56,2	0,8	53,5	42	82,2	247	51,5	46,5	375
Ponta Porã	5006606	5.329	64.972	0,780	15.400	77,7	9,4	71,0	91	90,5	3559	34,4	42,4	558
Antonio João	5000906	1.144	7.723	0,702	1.918	79,6	0,1	75,2	86	83,0	198	52,9	38,7	274
Bela Vista	5002100	4.896	22.827	0,755	5.489	76,4	7,4	71,9	83	88,7	658	45,6	45,1	532
Caracol	5002803	2.939	4.858	0,725	1.134	61,1	0,1	38,3	64	87,7	126	50,4	40,8	300
Porto Murtinho	5006903	17.735	13.521	0,698	3.180	67,3	19,5	58,7	63	84,2	313	44,4	46,2	429

Fonte:

- (1) Contagem populacional para os anos intercensitários - IBGE - 2004
- (2) Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - 2003
- (3) (%) de domicílios permanentes com abastecimento de água pela rede geral - CENSO IBGE - 2000
- (4) (%) de domicílios permanentes com esgotamento sanitário pela rede geral de esgoto ou pluvial - CENSO IBGE - 2000
- (5) (%) de domicílios permanentes com coleta de lixo - CENSO IBGE - 2000
- (6) (%) população residente de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas - CENSO IBGE - 2000
- (7) Nascidos vivos registrados no lugar - Estatísticas do Registro Civil 2003 - IBGE
- (8) (%) de pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento mensal de até 1/2 salário mínimo - CENSO IBGE - 2000
- (9) e (10) Municípios criados após o CENSO 2000 do IBGE.
- (11) (%) de indivíduos com renda domiciliar per capita inferior a 1/2 salário mínimo no ano de 2000 - Atlas do Desenvolvimento Humanos no Brasil - 2003

XIII. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ASSISTENCIAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA ...

Gestão e Financiamento do SUS nos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai

Município	Condição de gestão do município	Regionalização				Financiamento			
		Microregião de saúde (2)	Regional de saúde (3)	Macrorregional de saúde (4)	% de recursos próprios aplicados na saúde (EC 29)	Despesa total com saúde por hab./ano (6)	Transferências de recursos federais do SUS (7) - 2005	Transferências de recursos federais do SUS por hab./ano - 2005	
Rio Grande do Sul - fronteira com Uruguai									
Chuí	GPAB	Litoral Laguna	DRS 03 Pelotas	Sul	19,3	163	77.093,36	13,4	
Santa Vitória do Palma	GPAB	Litoral Laguna	DRS 03 Pelotas	Sul	16,2	124	791.288,69	23,3	
Jaguarão	GPAB	Jaguarão	DRS 03 Pelotas	Sul	15,0	78	528.024,61	17,1	
Herval	GPAB	Jaguarão	DRS 03 Pelotas	Sul	15,1	135	273.118,93	37,2	
Pedras Altas	GPAB	Serras de Sudeste	DRS 03 Pelotas	Sul	12,4	351	61.305,10	23,2	
Aceguá	GPAB	Campanha Meridiona	DRS 07 Bagé	Sul	15,3	274	141.675,53	33,4	
Bagé	GPAB	Campanha Meridiona	DRS 07 Bagé	Sul	15,2	88	3.313.097,32	28,1	
Dom Pedrito	GPAB	Campanha Meridiona	DRS 07 Bagé	Sul	12,3	92	644.925,45	15,7	
Santana do Livramento	GPAB	Campanha Centra	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	15,1	71	1.547.451,98	16,3	
Quarai	GPAB	Campanha Ocidenta	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	15,4	102	430.205,82	17,5	
Barra do Quara	GPAB	Campanha Ocidenta	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	13,4	172	67.371,92	16,5	
Rio Grande do Sul - fronteira com Argentina									
Unguaiana	GPAB	Campanha Ocidenta	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	10,8	80	2.443.226,15	18,7	
Ilaqui	GPAB	Campanha Ocidenta	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	18,4	116	784.574,19	19,1	
São Borja	GPAB	Campanha Ocidenta	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	15,2	112	1.981.386,03	29,9	
Garruchos	GPAB	Campanha Ocidenta	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	16,7	317	156.016,85	40,7	
São Nicolau	GPAB	Cerro Largo	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	15,5	173	286.304,59	45,7	
Roque Gonzales	GPAB	Cerro Largo	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	15,5	112	161.209,98	21,5	
Pirapó	GPAB	Santo Ângelo	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	17,3	234	144.269,07	45	
Porto Xavier	GPAB	Cerro Largo	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	17,4	96	172.934,10	15,3	
Porto Lucena	GPAB	Santa Rosa	DRS 14 Santa Rosa	Missioneira	20,1	205	269.988,71	43,7	
Porto Vera Cruz	GPAB	Santa Rosa	DRS 14 Santa Rosa	Missioneira	15,0	201	47.248,67	20,1	
Alecrim	GPAB	Santa Rosa	DRS 14 Santa Rosa	Missioneira	17,2	118	177.575,09	22,2	
Porto Mauá	GPAB	Santa Rosa	DRS 19 Frederico Westphaler	Missioneira	20,3	309	122.731,42	44,5	
Novo Machado	GPAB	Santa Rosa	DRS 14 Santa Rosa	Missioneira	17,6	236	246.039,72	54,8	
Dr. Maurício Cardoso	GPAB	Três Passos	DRS 14 Santa Rosa	Missioneira	19,1	223	248.133,51	40,9	
Crissiumal	GPAB	Três Passos	DRS 14 Santa Rosa	Missioneira	15,6	113	469.485,15	32,6	
Tiradentes do Sul	GPAB	Três Passos	DRS 19 Frederico Westphaler	Missioneira	17,3	114	229.025,32	32,6	
Esperança do Sul	GPAB	Três Passos	DRS 19 Frederico Westphaler	Missioneira	17,2	247	212.136,42	59,9	
Derrubadas	GPAB	Três Passos	DRS 19 Frederico Westphaler	Missioneira	18,2	258	141.835,75	40,7	

Gestão e Financiamento do SUS nos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai (cont.)

Município	Regionalização				Macrorregional de saúde (4)	Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microregião de saúde (2)	Regional de saúde (3)	(4)		% de recursos próprios aplicados na saúde (EC 29)	Despesa total com saúde por hab./ano (6)	Transferências de recursos federais do SUS (7) - 2005	Transferências de recursos federais do SUS por hab./ano - 2005
Santa Catarina fronteira com Argentina									
Itapiranga	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	16,6	176	627.988,64	45,9	
Tunápolis	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	15,9	205	212.814,84	46,6	
Santa Helena	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	15,9	291	114.548,74	45,9	
Belmonte	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	14,5	258	93.522,62	39,1	
Bandeirante	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	17,8	240	165.596,72	54,8	
Guaraciaba	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	15,4	136	480.503,52	45,1	
Paraíso	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	19,3	226	232.805,74	52,6	
São José do Cedro	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	17,7	140	516.194,48	38,7	
Princesa	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	19,4	301	118.631,51	46,9	
Dionísio Cerqueira	GPAB	São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	Extremo Oeste	26,0	203	609.406,08	42,3	
Paraná fronteira com Argentina									
Barracão	GPAB	Francisco Beltrão	Francisco Beltrão	Região não definida	15,7	140	411.157,74	43,2	
Bom Jesus do Sul	GPAB	Francisco Beltrão	Francisco Beltrão	Região não definida	16,2	231	278.737,56	69,4	
Santo Antônio do Sudoeste	GPAB	Francisco Beltrão	Francisco Beltrão	Região não definida	15,8	109	443.876,71	24,6	
Pranchita	GPAB	Capanema	Francisco Beltrão	Região não definida	17,1	317	281.478,68	47,2	
Pérola D'Oeste	GPAB	Capanema	Francisco Beltrão	Região não definida	16,9	190	370.972,41	53,2	
Planalto	GPAB	Capanema	Francisco Beltrão	Região não definida	18,3	161	440.513,21	31,9	
Capanema	GPAB	Capanema	Francisco Beltrão	Região não definida	15,2	128	515.996,43	28,8	
Serranópolis do Iguaçu	GPAB	Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	Região não definida	3,0	261	202.332,53	41,7	
Paraná fronteira com Paraguai									
Foz do Iguaçu	GPAB/NOAS	Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	Região não definida	16,6	214	21.753.431,90	77,8	
Santa Terezinha de Itaipu	GPAB	Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	Região não definida	36,6	224		30,3	
São Miguel do Iguaçu	GPAB	Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	Região não definida	35,3	242	744.200,24	28,9	
Itaipulândia	GPAB	Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	Região não definida	157,1	1.016	304.193,73	39,7	
Missal	GPAB	Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	Região não definida	42,5	307	323.895,22	30,9	
Santa Helena	GPAB	Toledo	Toledo	Região não definida	71,5	442	586.613,10	27,9	
Entre Rios do Oeste	GPAB	Toledo	Toledo	Região não definida	35,9	477	123.827,75	35,9	
Marechal Cândido Rondon	GPAB	Toledo	Toledo	Região não definida	15,3	108	669.128,31	15,6	
Pato Bragado	GPAB	Toledo	Toledo	Região não definida	49,5	529	111.873,72	26,6	
Mercedes	GPAB	Toledo	Toledo	Região não definida	24,9	275	151.456,12	31,9	
Guaira	GPAB	Toledo	Toledo	Região não definida	26,4	144	588.369,92	20,8	

XIII. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ASSISTENCIAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA ...

Gestão e Financiamento do SUS nos municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai (cont.)

Município	Regionalização				Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microregião de saúde (2)	Regional de saúde (3)	Macrorregional de saúde (4)	% de recursos próprios aplicados na saúde (EC 29) SIOPS - 2004 (5)	Despesa total com saúde por hab./ano SIOPS - 2004 (6)	Transferências de recursos federais do SUS (7) - 2005	Transferências de recursos federais do SUS por hab./ano - 2005
Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai								
Mundo Novo	GPAB	Iguatemi	NCT de Navirai	Região não definida	27	208	467.902,46	30,9
Japorá	GPAB	Iguatemi	NCT de Navirai	Região não definida	19,1	144	421.964,17	61,1
Sete Quedas	GPAB	Iguatemi	NCT de Ponta Porã	Região não definida	*	*	353.214,12	36,5
Paranhos	GPAB	Iguatemi	NCT de Ponta Porã	Região não definida	16,5	201	752.888,54	71,6
Coronel Sapucaia	GPAB	Iguatemi	NCT de Ponta Porã	Região não definida	15,4	123	557.181,40	42,3
Aral Moreira	GPAB	Dourados	NCT de Ponta Porã	Região não definida	16,4	179	128.746,87	15,9
Ponta Porã	GPAB	Dourados	NCT de Ponta Porã	Região não definida	17,9	153	2.026.960,98	29,1
Antonio João	GPAB	Dourados	NCT de Ponta Porã	Região não definida	21,6	219	551.249,73	72,1
Bela Vista	GPAB	Bodoquena	NCT de Jardim	Região não definida	8,9	146	984.216,68	43,5
Caracol	GPAB	Bodoquena	NCT de Jardim	Região não definida	23,6	324	248.644,82	51,9
Porto Murtinho	GPAB	Baixo Pantanal	NCT de Jardim	Região não definida	11,1	206	701.735,74	52,1

(1) DATASUS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - dados de agosto/2005

(2) (3) (4) DATASUS - Cadernos de Informações em Saúde

* nenhum registro encontrado no SIOPS

(5) (6) DATASUS - Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde - 2004

(7) Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai segundo características da fronteira

Município	Município (1)	Município totalmente localizado na faixa de fronteira (2)	Município com sede localizada na linha de fronteira	Município com sede dentro da faixa de fronteira	Município com sede a menos de 10 Km da linha de fronteira
Rio Grande do Sul fronteira com Uruguai					
Chuí	X	X	X		
Santa Vitória do Palmar	X	X		X	
Jaguarão	X	X	X		
Herval	X	X		X	
Pedras Altas	X	X		X	
Acequá	X	X		X	
Bagé	X	X		X	
Dom Pedrito	X	X		X	
Santana do Livramento	X	X	X		
Quaraí	X	X	X		
Barra do Quaraí	X	X	X		
Subtotal Segmento	11	11	5	6	0
Rio Grande do Sul fronteira com Argentina					
Uruguaiana	X	X	X		
Itaqui	X	X	X		
São Borja	X	X	X		
Garruchos	X	X	X		
São Nicolau	X	X		X	
Roque Gonzales	X	X		X	
Pirapó	X	X		X	
Porto Xavier	X	X	X		
Porto Lucena	X	X	X		
Porto Vera Cruz	X	X	X		
Alecrim	X	X		X	
Porto Mauá	X	X	X		
Novo Machado	X	X		X	
Dr. Maurício Cardoso	X	X	X		
Crissiumal	X	X		X	
Tiradentes do Sul	X	X		X	
Esperança do Sul	X	X		X	X
Derrubadas	X	X		X	
Subtotal Segmento	18	18	9	9	1
Total Rio Grande do Sul	29	29	14	15	1

XIII. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ASSISTENCIAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA ...

Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai segundo características da fronteira (cont.)

Município	Município (1)	Município totalmente localizado na faixa de fronteira (2)	Município localizada na linha de fronteira	Município dentro da faixa de fronteira	Município fronteiro com sede a menos de 10 Km da linha de fronteira
Santa Catarina fronteira com Argentina					
Itapiranga	X	X		X	
Tunápolis	X	X		X	
Santa Helena	X	X		X	
Belmonte	X	X		X	
Bandeirante	X	X		X	X
Guaraciaba	X	X		X	
Paraiso	X	X		X	
São José do Cedro	X	X		X	
Princesa	X	X		X	X
Dionísio Cerqueira	X	X	X	X	
Total Santa Catarina	10	10	1	9	2
Paraná fronteira com Argentina					
Barracão	X	X	X	X	X
Bom Jesus do Sul	X	X		X	
Santo Antônio do Sudoeste	X	X	X		
Pranchita	X	X	X		X
Pérola D'Oeste	X	X	X		X
Planalto	X	X	X		X
Capanema	X	X	X		X
Serranópolis do Iguaçu	X	X		X	
Subtotal Segmento	8	8	7	2	5
Paraná fronteira com Paraguai					
Foz do Iguaçu	X	X	X		
Santa Terezinha de Itaipu		X		X	
São Miguel do Iguaçu	X	X		X	
Itaipulândia	X	X		X	
Missal		X		X	
Santa Helena	X	X	X		X
Entre Rios do Oeste	X	X		X	
Marechal Cândido Rondon	X	X		X	
Pato Branco	X	X		X	
Mercedes	X	X		X	
Guaira	X	X	X		
Subtotal Segmento	9	11	3	8	1
Total Paraná	17	19	10	10	6

Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai segundo características da fronteira (cont.)

Município	Município fronteiro (1)	Município totalmente localizado na faixa de fronteira (2)	Município com sede localizada na linha de fronteira	Município com sede dentro da faixa de fronteira	Município fronteiro com sede a menos de 10 Km da linha de fronteira
Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai					
Mundo Novo	X	X	X		X
Japorã	X	X	X		X
Sete Quedas	X	X	X		
Paranhos	X	X	X		
Coronel Sapucaia	X	X	X		
Aral Moreira	X	X		X	
Ponta Porã	X	X	X		
Antônio João	X	X	X		X
Bela Vista	X	X	X		
Caracol	X	X		X	
Porto Murinho	X	X	X		
Total Mato Grosso do Sul	11	11	9	2	3
Total Fronteiras Argentina, Paraguai e Uruguai	67	69	34	36	12

Fonte - IBGE/DGC/DEPIN - Divisão territorial de Janeiro/2001

(1) município com sede até 10 Km da linha de fronteira.

XIII. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ASSISTENCIAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA ...

Rede Assistencial de Saúde e cobertura do Programa Saúde da Família, municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Município	Rede Assistencial do SUS										Saúde da Família				Agentes Comunitários de Saúde DAB/MS - 2005 % cob.				
	Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa CNEC - 2005 (1)					Rede Hospitalar SIH/SUS (2) - 2003					Letos Hospitalares SIH (2) - 2003		Rede Ambulatorial (3) SIA - 2003				Saúde da Família DAB/MS 2005		
	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total	Publica	Privada	Publico	Privado	UBS (4)	Poi. Espec.	Unid. Mistia	UVS (5)	Nº ESF		% cob.	Nº ESB	% cob.	Nº ACS
Rio Grande do Sul fronteira com Uruguai	0	0	0	0	1	*	*	*	*	*	*	0	0	0	0	0	0	0	0
Chuí	0	0	1	0	1	*	*	*	*	*	*	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Vitória do Palmar	0	0	17	4	21	0	1	0	77	3	0	1	1	3	30,5	2	40,7	23	39,0
Jaguarião	0	0	9	9	18	0	1	0	70	3	0	1	0	0	0	0	0	19	35,5
Herval	0	0	2	2	4	0	1	0	21	*	*	*	*	3	100,0	3	100,0	15	100,0
Pedras Altas	0	0	1	1	2	0	1	0	23	*	*	*	*	*	0	0	0	0	0
Aceguá	0	0	3	1	4	*	*	*	*	2	0	0	1	1	81,3	1	100,0	8	100,0
Bagé	0	2	27	32	61	0	3	0	470	17	9	1	15	43,9	10	58,5	86	41,9	
Dom Pedrito	0	0	19	13	32	0	1	0	158	1	1	0	1	0	0	0	0	27	37,7
Santana do Livramento	0	0	16	9	25	0	2	0	335	2	0	0	0	0	0	0	0	5	3
Quaraí	0	0	6	17	23	0	1	0	56	1	0	1	1	0	0	0	0	24	56,1
Barra do Quaraí	0	0	3	0	3	*	*	*	*	*	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rio Grande do Sul fronteira com Argentina	0	0	27	69	96	0	2	0	246	2	0	0	1	1	2,6	1	5,3	63	27,7
Uruguaiana	0	0	8	3	11	0	1	0	93	3	0	0	0	1	8,4	1	16,8	25	35
Itaqui	0	0	26	11	37	0	2	0	233	13	0	0	1	13	67,8	0	0	16	66,1
São Borja	0	0	4	0	4	*	*	*	*	*	0	0	1	1	90,0	1	100,0	8	100,0
Garruchos	0	0	4	1	5	0	1	0	32	5	0	0	1	2	100,0	2	100,0	16	100,0
São Nicolau	0	0	6	4	10	0	1	0	47	3	0	1	1	0	0	0	0	12	92,1
Roque Gonzales	0	0	4	1	5	0	1	0	27	4	0	0	1	1	100,0	1	100,0	7	100,0
Pirapó	0	0	3	8	11	0	1	0	50	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Porto Xavier	0	0	2	3	5	0	1	0	50	1	1	1	0	2	100,0	1	100,0	14	100,0
Porto Lucena	0	0	1	0	1	*	*	*	*	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Vera Cruz	0	0	4	2	6	0	1	0	50	2	0	0	1	0	0	0	0	17	100,0
Alecrim	0	0	4	0	4	*	*	*	*	*	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Mauá	0	0	4	0	4	*	*	*	*	*	0	0	0	2	100,0	0	0	7	100,0
Novo Machado	0	0	4	0	4	*	*	*	*	*	0	0	0	2	100,0	2	100,0	12	100,0
Dr. Maurício Cardoso	0	0	4	0	4	1	0	34	0	1	3	0	0	2	100,0	1	100,0	14	100,0
Crissiumal	0	0	3	4	7	0	1	0	90	2	1	0	0	4	95,7	2	95,7	30	100,0
Tiradentes do Sul	0	0	2	0	2	*	*	*	*	*	0	0	0	1	49,1	1	98,3	18	100,0
Esperança do Sul	0	0	1	0	1	*	*	*	*	*	0	0	0	2	100,0	2	100,0	9	100,0
Derrubadas	0	0	1	0	1	*	*	*	*	*	0	0	1	1	99,1	1	100,0	8	100,0

Rede Assistencial de Saúde e cobertura do Programa Saúde da Família, municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai (cont.)

Município	Rede Assistencial do SUS										Saúde da Família										
	Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa (CNES - 2005 (1))			Rede Hospitalar SIH/SUS (2) - 2003			Rede Ambulatorial (3) SIA - 2003				Equipes de Saúde da Família			Equipes de Saúde Bucal			Agentes Comunitários de Saúde				
	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total	Privada	Publica	Privada	Publica	Privado	UBS (4)	Pol. Espec.	Unid. Mista	UVS (5)	Nº ESF	% cob.	Nº ESB	% cob.	Nº ACS	% cob.	
Paraná fronteira com Argentina																					
Santa Catarina fronteira com Argentina																					
Itaipiranga	0	0	12	13	25	0	1	0	1	56	7	0	0	1	5	100,0	5	100,0	37	100,0	
Tunápolis	0	0	2	5	7	0	1	0	1	23	4	0	0	1	2	100,0	1	100,0	12	100,0	
Santa Helena	0	0	1	0	1	*	*	*	*	*	*	0	0	1	1	100,0	1	100,0	6	100,0	
Belmonte	0	0	1	1	2	*	*	*	*	*	2	0	0	1	1	100,0	1	100,0	6	100,0	
Bandeirante	0	0	2	0	2	*	*	*	*	*	4	0	0	1	1	100,0	1	100,0	8	100,0	
Guaraciaba	0	0	5	7	12	0	1	0	35	7	7	0	0	1	4	100,0	3	100,0	27	100,0	
Paraiso	0	0	2	2	4	*	*	*	*	*	3	0	0	1	2	100,0	1	100,0	12	100,0	
São José do Cedrc	0	0	7	8	15	0	1	0	77	10	10	0	0	4	100,0	2	100,0	32	100,0		
Princesa	0	0	1	0	1	*	*	*	*	*	*	0	0	1	1	100,0	1	100,0	6	100,0	
Dionísio Cerqueira	0	0	12	7	19	0	1	0	44	11	0	0	0	5	100,0	3	100,0	34	100,0		
Paraná fronteira com Argentina																					
Barracão	0	0	8	5	13	0	1	0	23	3	0	0	1	3	100,0	1	100,0	23	100,0		
Bom Jesus do Sul	0	0	5	0	5	*	*	*	*	*	4	0	0	1	2	100,0	2	100,0	10	100,0	
Santo Antônio do Sudoeste	0	0	8	15	23	0	1	0	53	7	0	0	1	2	38,3	0	0,0	36	100,0		
Pranchita	0	0	6	9	15	1	1	40	35	4	0	0	1	2	100,0	2	100,0	16	100,0		
Pérola D Oeste	0	0	3	5	8	0	1	0	27	2	0	0	1	3	100,0	0	0,0	18	100,0		
Planalto	0	0	7	10	17	0	1	0	51	6	0	0	1	4	98,8	2	98,8	23	95,7		
Capanea	0	0	11	9	20	0	1	0	50	11	0	0	1	3	57,8	1	77,1	23	73,9		
Serranópolis do Iguaçu	0	0	3	0	3	*	*	*	*	*	4	0	0	2	100,0	1	100,0	10	100,0		
Paraná fronteira com Paraguai																					
Foz do Iguaçu	0	4	38	156	198	0	5	0	317	25	0	0	1	25	30,8	7	19,7	238	48,9		
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	5	15	20	0	2	0	88	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
São Miguel do Iguaçu	0	0	13	22	35	0	2	0	73	13	0	0	0	6	80,3	0	80,3	24	53,5		
Itaipulândia	0	0	5	4	9	*	*	*	*	*	3	0	0	3	100,0	0	0,0	17	100,0		
Missal	0	0	4	10	14	0	1	0	32	4	0	0	0	2	66,0	2	100,0	22	100,0		
Santa Helena	0	0	12	23	35	0	2	0	91	12	0	0	0	2	32,9	1	65,7	24	65,7		
Entre Rios do Oeste	0	0	1	4	5	0	1	0	20	3	0	0	0	1	99,9	1	100,0	8	100,0		
Marechal Cândido Rondon	0	0	14	78	92	0	3	0	442	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pato Branco	0	0	1	6	7	0	1	0	16	4	0	0	0	1	82,0	0	0	6	82,0		
Mercedes	0	0	5	2	7	0	1	0	13	4	0	0	0	2	100,0	1	100,0	12	100,0		
Guaíra	0	0	12	20	32	0	3	0	108	13	0	0	0	4	48,9	3	73,3	22	44,8		

XIII. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ASSISTENCIAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE FRONTEIRA ...

Rede Assistencial de Saúde e cobertura do Programa Saúde da Família, municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai (cont.)

Município	Rede Assistencial do SUS										Saúde da Família									
	Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa (1)			Rede Hospitalar SIH/SUS (2) - 2003			Letos Hospitalares SIH (2) - 2003		Rede Ambulatorial (3)			Equipes de Saúde da Família			Equipes de Saúde Bucal			Agentes Comunitários de Saúde		
	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Pública	Total	Privada	Pública	Privada	Privado	UBS (5)	Pol. Espec.	Unid. Mista	UVS (6)	Nº ESF	% cob.	Nº ESB	% cob.	Nº ACS	% cob.
Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai	0	0	0	2	0	18	0	0	2	0	3	1	0	0	3	68,4	2	91,2	21	79,7
Mundo Novo	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	49,9	1	99,9	17	100,0
Japorá	0	0	0	2	1	7	1	19	73	1	1	0	0	1	2	71,2	2	100,0	17	100,0
Sete Quedas	0	0	0	11	4	15	0	21	0	4	0	0	0	1	3	96,4	2	100,0	25	100,0
Paranhos	0	0	0	4	3	7	1	14	0	2	0	0	1	2	52,3	2	100,0	23	100,0	
Coronel Sapucaia	0	0	0	4	1	4	1	12	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aral Moreira	0	0	0	2	14	14	1	86	0	7	0	0	1	6	29,7	3	29,7	94	77,6	
Ponta Porã	0	0	0	5	2	7	1	17	0	4	0	0	1	3	100,0	3	100,0	18	100,0	
Antonio João	0	0	0	9	9	18	0	0	48	8	0	0	1	4	66,1	4	100,0	49	100,0	
Bela Vista	0	0	0	2	1	3	0	1	13	1	0	0	0	2	100,0	2	100,0	12	100,0	
Caracol	0	0	0	1	3	4	1	0	0	4	0	0	0	1	25,6	1	51,2	14	59,7	
Porto Murtinho	0	0	0	1	7	8	1	20	0	4	0	0	0	1	25,6	1	51,2	14	59,7	

Fontes:

- (1) DATASUS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - dados de agosto/2005
 (2) DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - dados de julho/2003
 (3) DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - dados de julho/2003
 (4) Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/Ministério da Saúde - dados de dezembro/2005
 * Nenhum registro encontrado

XIV. Referências bibliográficas

- Altwater E, Mahnkopf B. *Grenzen der Globalisierung*. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot; 1996.
- ATTAC. Disponível em <http://www.attac.org/indexfr/index.html> (acessado em 25/Abr/2005).
- Avilés NR, Villamil FS, Rodríguez MAP. The Mobility of Citizens—A Case Study and Scenario on the Health Services of the Costa del Sol. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 97-108.
- Basso M. Integração econômica e institucionalização: as experiências do MERCOSUL e da União Européia. *Revista CEJ/Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários*; 1998; 2(4):72-83.
- Bertinato L, Busse R, Fahy N, Legido-Quigley H, McKee M, Passarani I, Ronfini F. *Cross-border Health Care In Europe*. Policy Brief. Regione de Veneto, European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
- Bolis M, editor. *Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- Busse R, Drews M, Wismar M. Consumer Choice of Healthcare Services across Borders. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 231-248.
- Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press; 2002.
- Busse R, Wismar M. Scenario on the Development of Consumer Choice for Healthcare Services. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press; 2002. p.249-258.
- Cammarata EB. *Misiones: Turismo, Paisaje en la frontera con Paraguay y Brasil*. Universidade Federal de Misiones-Argentina. 2004. disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/parceriais/redsaud/forum>. (acessado em 23/05/2006).
- Chavez CH. Argentina y MERCOSUR. Colección de Documentos Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya. http://www.iigov.org/documentos/?=4_0127 (acessado em Dez/2003).
- Ciccolella PJ. O capitalismo histórico: entre o protecionismo e a integração em blocos econômicos. In: Lavinhas L, Carleial LMdaF, Nabuco MR, organizadoras. *Integração, Região e Regionalismo*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1994. p. 43-53.
- Coheur A. Integrating care in the border regions an analysis of the Euregio projects. *Eurohealth*; 2001; 7(4):10-12.
- Dal Prá KR, Mendes JMR, Miotto RCT. O desafio da integração social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007, 23(2):164-173.
- De Vos PD, Dewitte H, Stuyft PVD. Unhealthy European health policy. *International Journal of Health Services*; 2004, 34(2):255-269.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS

- Draibe SM. MERCOSUR: la temática social de la integración desde la perspectiva institucional. Centro de Información para la Integración Regional del Uruguay, 1997-8. <http://www.top.org.ar/publicac.htm> (acessado em Set/2003).
- Gadelha CAG, Costa, I. A política nacional de Integração e o desenvolvimento das fronteiras: o programa de desenvolvimento da faixa de fronteira- PDF. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS; 2005. p. 25-46
- Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M, compilação e edição. *Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*. Pontificia Universidad Javeriana, Grupo Salud Internacional, Santa Fe de Bogotá: Javegraf; 1998. p. 24-45.
- Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007, 23(2):251-266.
- Guimarães L. Integração econômica regional e políticas de saúde: União Européia e Mercosul. Tese de doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2007.
- Guimarães L, Giovanella L. Integração Européia e Políticas de Saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2006, 22(9): 1795-1808.
- Guimarães L, Giovanella L. Processo de integração regional no MERCOSUL e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças. *Anales del X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile; 2005. p.18-21.
- Health Service Executive. Summary of forms used in relation to Entitlements to Health Services under EU Regulations. <http://www.nehb.ie/nehb/services/eu.htm> (acessado em 7/Fev/2005).
- Heien T. Wer will eigentlich eine Sozialunion? Die Haltung der Bürger zu einer Verlagerung sozialpolitischer Kompetenzen und Massnahmen auf die europäische Ebene. *Sozialer Fortschritt/ German Review of Social Policy*; 2006, 55(10):241-248.
- Hermans HEGM, Berman PC. Access to Health Care and Health Services in the European Union: Regulation 1408/71 and the E111 Process. In: Leidl R, editor. *Health Care and its Financing in the Single European Market*. Biomedical and Health Research. Holanda: IOS Press; 1998. p. 324-343.
- Hermans LLMB, Brouwer W. *Quality issues on cross-border care: a literature search*, 2003. http://www.ehma.org/Quality_Issues_on_Crossborder_Care.pdf (acessado em 7/Fev/2005).
- Krätschell H, Renner, G. Weg zur EU-Motive, Interessen, Entscheidungen. *Informationen zur Politische Bildung*; 2002(213):4-12.
- Le Figaró. <http://www.lefigaro.fr/referendum/> (acessado em 11/Abr/2005).
- Leidl R (editor). *Health care and its financing in the single european market*. Amsterdam, Holanda: IOS Press; 1998.
- Leidl R. Introduction. In: Leidl R, editor. *Health Care and its Financing in the Single European Market*. Biomedical and Health Research. Holanda: IOS Press; 1998. p.1-10.
- Lucchese G. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2001.

- Machado LO. Limites, Fronteiras, Redes. In: Strohaecker T, Damiani A, Schäffer N. organizadores. *Fronteiras e Espaço Global*. Porto Alegre: AGB-Porto Alegre, 1998, v. 1, p. 41-49.
- Medeiros MA. Prerrogativas estatais, integração regional e lógica redistributiva. *Revista Lua Nova*; 2003(58):141-68.
- Ministério da Integração Nacional. *Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais; 2005.
- Mossialos E, Mckee M, Palm W, Karl B, Marhold F. *The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union*. Brussels: European Commission; 2001. p.132.
- Nickless J. Smiths/Peerbooms: clarification of Kohll and Decker? *Eurohealth*; 2001, 7(4):7-10.
- Nogueira VMR, Simionatto I. *Fronteiras Mercosul – proteção social e exigências para o serviço social*, 2004 (mimeo).
- Nogueira VRR, Dal Prá K, Fermiano S. Diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios da linha da fronteira Mercosul. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(2):227-236.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Mundial del Comercio. Los acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la Secretaria de la OMC, 2002. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76863.pdf> (acessado em 18/Abr/2005).
- Paton C et all. The Europe Union and Health Services:Summary. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam:IOS Press; 2002. p.1-13.
- Peiter PC. Condições de vida, situação de saúde e disponibilidade de serviços de saúde na fronteira do Brasil: uma abordagem geográfica. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(2):237-250.
- Peiter PC. *Geografia da Saúde na Faixa da Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. Tese de doutorado. Instituto de Geociências, Programa de Pós Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: UFRJ/IGEO/PPGG; 2005.
- Raffestin C. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS; 2005. p. 9-15.
- Sánchez DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(2):155-163.
- Schmucker R. Europäischer Binnenmarkt und nationale Gesundheitspolitik. Zu den Auswirkungen der vier Freiheiten auf die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsländer. *Jahrbuch für Kritische Medizin*; 2003 (38):107-20.
- Souza MLJ. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro I et al. organizadores, *Geografia Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
- Stuart AM. UE um laboratório de políticas públicas. *Teoria e Debate*; 2004 (60):48-53.
- Theofilatou M, Maarse H. European Community Harmonization and Spillovers into Health Regulations. In: Leidl R, editor. *Health Care and its Financing in the Single European Market* Biomedical and Health Research. Holanda:IOS Press;1998. p.13-37.
- Threlfall M. European social integration: harmonization, convergence and single social areas. *Journal of European Social Policy*; 2003 13(2):121-39.

- União Européia. http://europa.eu.int/index_pt.htm (acessado em 7/Fev/2005a).
- União Européia. The internal market and health services: report of the high level committee on health, European Commission - health & consumer protection directorate-general – public health, 17/12/2001. http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf (acessado em 7/Fev/2005b).
- União Européia. Tratado da União Européia, versão compilada dos Tratados de Maastricht, de Amsterdã e de Nice em vigor a partir do ano de 2003. http://europa.eu.int/eur-lex/pri/pt/oj/dat/2002/c_325/c_32520021224pt00010184.pdf (acessado em 7/Fev/2005c).
- União Européia. Commission of the European Communities Report on the application of internal market rules to health services – implementation by the Members States of the Court’s Jurisprudence. Bruxelas, 28.7.2003 SEC(2003)900. http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20040325_rd01_en.pdf (acessado em 7/Fev/2005d).
- União Européia. Acompanhamento do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na UE, Comunicado da Comissão COM (2004) 301final, Bruxelas, 20.4.2004. http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/cnc/2004/com2004_0301pt01.pdf (acessado em 7/Fev/2005e).
- União Européia. Regulamento CEE N° 1408/71. http://europa.eu.int/smartapi/cgi_sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=pt&numdoc=31971R1408 (acessado em 7/Fev/2005f).
- União Européia. Cartão Europeu de Seguro Doença. <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt/cha/c10619.htm> (acessado em 7/Fev/2005g).
- União Européia. http://europa.eu.int/pol/reg/index_pt.htm (acessado em 7/Fev/2005h).
- Ventura DFL. As assimetrias entre o MERCOSUL e a União Européia: os desafios de uma associação inter-regional. Barueri, SP: Editora Manole; 2003.
- Vieira L. Cidadania Global e Estado Nacional. *Revista Dados*; 1999, 42(3):395-419.
- Wismar M, Busse R, Berman P. The Europe Union and Health Services – The Context. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam:IOS Press; 2002. p.17-29.
- Wismar M, Busse R. Analysis of SEM Legislation and Jurisdiction. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam:IOS Press; 2002. p.41-48.
- Wismar M, Gobrecht J, Busse R. Consumer Choice of Medical Goods across Borders. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, organizadores. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press; 2002:213-230.
- Wismar M. ECJ in the driving seat on health policy but what’s the destination? *Eurohealth*; 2001, 7(4):5-6.