

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde:
União Européia e Mercosul”***

por

Luisa Guimarães Queiroz

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Lígia Giovanella

Rio de Janeiro, agosto de 2007.

Esta tese, intitulada

***“Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde:
União Européia e Mercosul”***

apresentada por

Luisa Guimarães Queiroz

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Vera Maria Ribeiro Nogueira

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado

Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

Q3i Queiroz, Luisa Guimarães
Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União
Européia e Mercosul. / Luisa Guimarães Queiroz. Rio de
Janeiro : s.n., 2007.
ix, 365 p., tab., graf., mapas

Orientador: Giovanella, Ligia
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca.

1.Política de Saúde. 2.Cooperação Internacional. 3.União
Européia. 4.Saúde na Fronteira. 5.Regionalização.
6.Fidelidade a Diretrizes. I.Título.

CDD - 22.ed. – 337.1098

PARA VINICIUS

AGRADECIMENTOS

Começar uma caminhada tem um passo de incerteza, ainda que o rumo inicial esteja indicado. Importa contar com vários amigos, desde o início, e encontrar outros, novos, pelo caminho. Quando decidi pelo doutorado não tinha a dimensão desse projeto em minha vida. Ao concluir a caminhada percebo que o esforço não foi apenas meu. Muitas pessoas, algumas sem o saber, foram fundamentais para a jornada e, mais ainda, para que eu chegasse até aqui. Muitas pessoas ajudaram diretamente, outras cederam espaço para que eu pudesse me afastar e dedicar o tempo necessário para os estudos. Outras ainda ajudaram com apoio institucional e material. De todas recebi incentivo e alento. A todas sou grata e percebo em várias partes desse trabalho marcas destes encontros, sinais de uma jornada compartilhada. Agradeço em especial a Ligia Giovanella –minha *Doktormutter*– quem me orientou da partida até a chegada.

Gostaria com esse trabalho contribuir na direção da extensão de direitos de cidadania e da ampliação das relações entre pessoas e comunidades em espaços integrados.

*“ai, se alguém segura o leme,
desta nave incandescente,
que incendeia a minha vida,
que era viajante e lenta,
tão faminta da alegria,
Hoje é porto de partida.”*

VIRA, VIROU - KLEITON E KLEIDIR

RESUMO

INTEGRAÇÃO ECONÔMICA REGIONAL E POLÍTICAS DE SAÚDE: UNIÃO EUROPÉIA E MERCOSUL

Tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ/MS, linha de pesquisa Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada, no período de 2003 a 2007. Foram estudadas as repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde na União Européia e o MERCOSUL. Na União Européia o estudo tratou do acesso às ações de saúde garantido em todo o mercado interno por regulamentos europeus, de repercussões no sistema de saúde espanhol das liberdades de circulação de pessoas, produtos, serviços e capital, e de projetos fronteiriços em saúde com recursos de fundos de coesão europeus. No MERCOSUL abordou a construção de agenda regional de saúde na perspectiva institucional, o perfil sócio-demográfico e da rede de municípios brasileiros fronteiriços e iniciativas cooperativas em saúde, fluxos e relações entre as comunidades de cidades-gêmeas relacionados à extensão de direitos de saúde, e a percepção de atores sanitários quanto às repercussões da integração na saúde. A metodologia constou de revisão bibliográfica e documental, entrevistas semi-estruturadas, inquéritos e coleta de dados secundários, visitas de estudo e estágio de doutorado na Espanha. Os resultados indicam repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde. A experiência européia demonstra que a integração econômica regional repercute de modo esperado e não esperado na saúde e nos sistemas. Enquanto, no MERCOSUL observa-se: a inscrição da saúde em dois espaços institucionais distintos e a incorporação recente de temas de proteção à saúde para além do comércio de produtos na agenda regional. Nas fronteiras do MERCOSUL constata-se o duplo movimento: da comunidade em busca da extensão de direitos e, dos governos fronteiriços para expandir ações de saúde em iniciativas cooperativas. O estudo aponta desafios relevantes para políticas regionais de saúde no MERCOSUL que reduzam desigualdades e promovam a coesão social, como parte da sustentação e dos benefícios processos de integração.

PALAVRAS-CHAVE

Integração Econômica e Saúde, União Européia e Políticas de Saúde, Mercosul e Políticas de Saúde, Saúde nas Fronteiras, Coesão Social.

ABSTRACT

REGIONAL ECONOMIC INTEGRATION AND HEALTH POLICIES: EUROPEAN UNION AND MERCOSUL

This thesis developed in the post Graduation Program of Public Health, at ENSP/FIOCRUZ/MS, Health Politics and Systems in Compared Perspective research line, between 2003 and 2007. Repercussions of regional economic integration in health politics and systems in European Union and MERCOSUL had been studied. In European Union the study dealt with guaranties of access to health actions in the internal market, the repercussions in Spanish health system from the people, products, services and capital circulation freedom, and of health bordering projects with European resources by mean of cohesion funds. In MERCOSUL the study approached the health regional agenda construction by institutional perspective, the social and demographic profile and the net of bordering Brazilian cities with the cooperative health initiatives, in twin cities the flows and relations between communities related to the extension of health rights, and the perception of sanitary actors about the repercussions of integration in health. The methodology consisted of bibliographical and documental revision, half-structured interviews, inquiries and secondary data collects, visit of studies and doctorate study period in Spain. The results indicate repercussions of the regional economic integration in health politics and systems. The European experience demonstrates that the regional economic integration affect in expected and unexpected ways the health and the health systems. While in the MERCOSUL could be observed that: the health is enrolled in two distinct institutional spaces, recent incorporation of health protection in the regional agenda beyond commerce. In the borders of MERCOSUL the double movement is evidenced: from the community in search of extension of rights and from the bordering governments to expand health actions in cooperative initiatives. The study points challenges to the health regional politics in MERCOSUL to reduces inequalities and promotes the social cohesion, as part of the integration processes supports and benefits.

KEYWORDS

Economic integration and Health, European Union and Health Politics, Mercosul and Health Politics, Health in Borders, Social Cohesion.

SUMÁRIO

Apresentação	1
Introdução	6
Objeto de estudo: integração econômica regional e políticas de saúde na União Européia e no Mercosul	6
Cidades nas fronteiras do Mercosul: corredores de diversidades políticas	8
Aspectos metodológicos do estudo de doutorado	12
Estudos da União Européia desde a Espanha.....	14
Estudos do Mercosul.....	16
Conteúdo da Tese.....	19
Parte I - União Européia e Políticas de Saúde	21
Capítulo 1 Integração européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde	22
Introdução	23
Processos de integração regional entre países e a conformação da União Européia	24
Modalidades de integração regional entre países.....	24
Constituição, desenvolvimento e alargamento da União Européia.....	25
Institucionalização e organismos comunitários da União Européia	27
Uma Constituição para a Europa	29
A formação do mercado único europeu e repercussões sobre as políticas de saúde	29
A saúde nos Tratados: ações de saúde pública	30
Repercussões da livre circulação sobre as políticas de saúde.....	31
Acesso às ações assistenciais na União Européia	32
A regulamentação do acesso à saúde em outro Estado-Membro	33
A interpretação do direito comunitário de acesso aos serviços de saúde	35
Cuidados integrados entre países e nas regiões de fronteira.....	36
Considerações finais	38
Referências	43
Capítulo 2 Los temas de salud en la Unión Europea: su impacto en la sanidad española	47
Introducción	48
La Unión Europea	50
Unión Europea y el sector salud	50
Los temas de salud en los Tratados	51
Los temas de salud en las Instituciones Europeas	51
Salud Pública: protección y promoción de la salud en la Unión Europea	52
Sistemas de Salud de los Estados Miembros y Mercado Interior	53
Los Sistemas Sanitarios en la Unión Europea	54

El libre movimiento de bienes, servicios y capital en salud en el Mercado interior.....	54
El libre movimiento de personas en el mercado interior: trabajador, paciente, turista y profesionales sanitarios.....	55
Impacto de la UE en la sanidad española.....	57
Consideraciones sobre el proceso de integración europea y el sector salud: lecciones de la experiencia española.....	60
Referencias.....	66
Capítulo 3 Integração Européia e Acordos Fronteiriços em Saúde na Euroregião Extremadura—Alentejo ..	70
Introdução.....	71
Parte I — A construção da União Européia e a Saúde	73
I.1 Integração européia: da instabilidade pós-guerra a um projeto comum.....	73
I.1.1 Os Tratados da União Européia	74
I.1.2 O desenvolvimento de instituições supranacionais na União Européia	76
I.2 A saúde na agenda da União Européia	79
I.2.1 Do mercado à sociedade, da sociedade à saúde	80
I.3 A Estratégia de Lisboa.....	81
I.3.1 Coesão econômica e social	83
I.3.2 Os fundos europeus como agentes da coesão econômica e social	84
Parte II — A Cooperação Fronteiriça em Saúde na Euroregião de Extremadura-Alentejo	88
II.1 Escolha e abordagem na Euroregião de Extremadura-Alentejo	88
II.2 Contexto de Extremadura—Alentejo: sistemas de saúde de Espanha e de Portugal.....	91
II.2.1 O Sistema Nacional de Salud da Espanha	93
II.2.2 O Serviço Nacional de Saúde de Portugal.....	95
II.3 A Euroregião de Extremadura-Alentejo	96
II.3.1 A região na perspectiva dos atores da gestão da saúde	98
II.3.2 Projetos de Saúde na Euroregião de Extremadura—Alentejo	101
II.3.3 Funcionamento e Resultados de Projetos Interreg III na Euroregião de Extremadura—Alentejo	102
Considerações finais	104
Referências bibliográficas	109
Parte II - Mercosul e Saúde	115
Capítulo 4 Agenda regional da saúde: integração e estrutura no Mercosul.....	116
Introdução.....	116
Parte I — Integração Regional, Antecedentes e Institucionalidade do Mercosul	118
I.1 — Integração econômica regional.....	118
I.2 — Iniciativas de integração na América do Sul	120
I.3 — Criação e Desenvolvimento do Mercosul: Tratados e Protocolos	123

I.3.1	Momento da Constituição do Mercosul: de 1985 a 1991	127
I.3.2	Momento Afirmativo do Mercosul: de 1992 a 1999	128
I.3.3	Momento de Relançamento do Mercosul: de 2000 a 2005	129
I.3.4	Momento Mercosul Social: a partir de 2006	131
I.4	— Estrutura institucional do Mercosul	133
I.4.1	Conselho do Mercado Comum (CMC)	135
I.4.2	Grupo do Mercado Comum (GMC)	139
I.4.3	Comissão de Comércio do Mercosul (CCM)	140
I.4.4	— Produção Normativa e Incorporação pelos Estados Parte no Mercosul	141
I.5	Participação Cidadã no Mercosul	142
I.6	— Visão de conjunto: iniciativas sul-americanas de integração e o Mercosul	145
II	— A Agenda da Saúde no Mercosul: institucionalidade e temas	148
II.1	— A institucionalização da saúde na estrutura do Mercosul	148
II.2	— O Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum do Mercosul	149
II.2.1	Organização e Funcionamento do SGT 11 Saúde	149
II.2.2	Momentos de regulamentação de resoluções originárias do SGT 11 Saúde: harmonização, internalização e implementação	154
II.2.3	Resultados alcançados no SGT 11 Saúde Mercosul	156
II.3	— A Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Conselho do Mercado Comum do Mercosul	161
II.3.1	Organização e Funcionamento da RMS do Mercosul	162
II.3.2	Temas de Saúde na Agenda da RMS do Mercosul	163
II.3.3	Resultados alcançados na RMS do Mercosul	165
II.4	— A visão dos Coordenadores Nacionais do SGT 11 Saúde e da RMS sobre saúde no Mercosul	166
II.5	— Considerações sobre o SGT 11 Saúde e a RMS	169
	Referências bibliográficas	173
Capítulo 5	Municípios brasileiros fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde	180
	Introdução	181
	Integração econômica e constituição do Mercosul	182
	Especificidades dos Municípios Fronteiriços do Mercosul	183
	Estudos e Experiências de Cooperação em Saúde nas Fronteiras do Mercosul	187
	Considerações finais	189
	Referências bibliográficas	192
Capítulo 6	Cidades-Gêmeas do Mercosul: integração regional e saúde	194
	Introdução	194
	Métodos e material	196
	A Fronteira, a Linha de Fronteira e as Cidades-Gêmeas do Mercosul	199

Resultados do Estudo dos 4 Casos de Cidades-Gêmeas	203
I. Características das cidades-gêmeas estudadas	204
Caso 1: Sant’Ana do Livramento e Rivera: Fronteira da Paz.....	204
Caso 2: Dionísio Cerqueira, Bernardo de Irigoyen e Barracão: as tri-gêmeas do epicentro do Mercosul..	205
Caso 3: Foz do Iguaçu, Puerto Iguazu e Ciudad del Este: a trílice fronteira.....	206
Caso 4: Ponta Porã e Pedro Juan Caballero: cidades irmãs	207
Implicações da Situação Fronteiriça para a gestão do SUS	211
II. Condições de acesso aos serviços de saúde	213
III. Identificação de ações demandadas	219
IV. Fluxos entre serviços de saúde	225
V. Estratégias governamentais relacionadas às questões de saúde na fronteira	227
VI. A visão dos SES	233
Considerações finais	239
Referências bibliográficas	244
Capítulo 7 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 ...	247
Introdução	248
Material e métodos	251
Resultados	254
Características da fronteira e dos municípios de fronteira estudados	254
Fluxos e trânsitos transfronteiriços.....	257
Acesso e demanda de estrangeiros no SUS	258
Motivos de busca e dificuldades para a gestão causadas pela demanda de estrangeiros	266
Presença de estratégias locais para a cooperação internacional em saúde	269
Considerações finais	271
Referências	276
Considerações finais - Integração Regional e Políticas de Saúde: União Européia e Mercosul	278
Referências bibliográficas	284
Listas de: Quadros, Tabelas, Mapas e Gráficos	300
Anexos Instrumentos da Pesquisa: roteiros e questionário	309
Anexo 1 Roteiro de Estudo de Caso das Cidades-Gêmeas – Lado brasileiro	310
Anexo 2 Roteiro de Estudo de Caso das Cidades-Gêmeas – Lado estrangeiro	312
Anexo 3 Roteiro de Entrevista com SES do lado brasileiro	315
Anexo 4 Roteiro de Entrevista com os Coordenadores Nacionais do SGT 11 Saúde e da RMS	317
Anexo 5 Características Seleccionadas dos Municípios Fronteiriços Brasileiros.....	319

APRESENTAÇÃO

Na atualidade, processos de integração econômica regional entre países para a formação de mercados comuns têm cada vez maior relevância política e socioeconômica. Os acordos de integração, as políticas bi e multilaterais existentes encontram-se em estágios variados e apresentam diferenças em suas metas, marco legal e mecanismos de implementação, controle e solução de conflitos. Embora os blocos econômicos estejam presentes em todos os continentes, observa-se que a inclusão de temas sociais ainda é tímida.

Em geral, a integração econômica opera transformações internas progressivas para capacitar os países integrantes à abertura comercial ampla que demandam os processos de globalização. Em bloco, os países buscam superar conflitos, aumentar a segurança, aproveitar vantagens geográficas e de infra-estrutura regionais para obter ganhos de escala, melhorar a eficiência e alcançar benefícios coletivos. Estudos têm demonstrado que os ajustes realizados pelos países para implementar os acordos comerciais multilaterais influem nas políticas de saúde. Experiências de integração consolidadas, como o caso da União Européia (UE), indicam que a integração influiu de modo intencional, previsto, e não intencional, inesperado, nas políticas de saúde. Assim uma maior interação entre as políticas comerciais e sanitárias, em situações de integração propiciaria, nesta perspectiva, melhor coordenação intersetorial com impacto nos resultados.

No Brasil a integração regional adquire, de partida, elevada importância na agenda política por dois determinantes muito relacionados. O primeiro frente à extensa faixa fronteiriça que a nação possui. O segundo relaciona-se ao desafio presente de consolidar a reforma do sistema de saúde e alcançar em todo o território nacional o acesso universal e integral aos serviços e ações de saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que na situação de fronteira apresenta características singulares. Assim, a participação no Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) assume relevância notável na política externa brasileira. O MERCOSUL conforma-se, na atualidade, com sistema de tarifas e cotas comuns nas relações comerciais externas dos

países integrantes, caracterizando a modalidade de integração denominada *união aduaneira*. Entretanto, o objetivo dos Estados-Partes fundadores do MERCOSUL — Argentina, Brasil, Paraguay e Uruguay— é chegar à livre circulação de bens, serviços, pessoas e capitais que define o mercado comum. Nesse sentido, o futuro do MERCOSUL aponta para a integração de economias e de outras políticas de Estado e tende a aproximar-se da experiência da UE.

Ainda que no MERCOSUL um longo caminho tenha que ser percorrido para alcançar modalidades mais profundas e consolidadas de integração, na saúde, contudo, efeitos de avanços já são percebidos nas fronteiras físicas entre os Estados-parte. Os limites territoriais das fronteiras são territórios privilegiados de convivência e interfaces entre sistemas nacionais, políticos e de normas, diversos seja nos princípios ou na organização. Nesta perspectiva, as fronteiras são campo de estudo privilegiado para observar, analisar e antecipar repercussões da integração econômica regional nas políticas de saúde, notadamente, questões referentes ao acesso aos serviços de saúde, interesse desse estudo. O cotidiano fronteiriço possibilita trocas amplas e variadas entre as comunidades locais e dos países caracterizando esse espaço como laboratórios do enfrentamento de questões da integração. No caso do Brasil, além de extensa fronteira, essa apresenta perfis diversos e estágios variáveis de implantação de políticas nacionais e ainda tem pendente dificuldades estruturais relacionadas, em parte, aos fatores de distância geográfica dos centros e de baixa densidade.

O estudo de doutorado desenvolveu-se na busca de conhecimento e análises repercussões da integração econômica regional nas políticas de saúde nas experiências da UE e do MERCOSUL¹. O contexto da investigação é conformado pelos processos de integração econômica regional que resultam em acordos multilaterais direcionados ao estabelecimento de relações comerciais privilegiadas, por um lado, e pelas repercussões nas políticas de saúde de outro. O estudo foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, linha de pesquisa Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada, na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde (ENSP/FIOCRUZ/MS).

¹ Durante o doutorado a Aluna recebeu bolsa de doutorado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil.

Para analisar de que modo a integração econômica regional repercute nas políticas de saúde dos países integrantes foi analisada a formação, a institucionalização e o desenvolvimento da UE e do MERCOSUL e, realizada pesquisa de campo sobre acesso aos serviços de saúde nas cidades fronteiriças do MERCOSUL. A UE foi estudada em três perspectivas: (i) formação do mercado interno europeu e acesso às ações assistenciais, (ii) impactos do mercado interno europeu no sistema de saúde espanhol e, (iii) acordos fronteiriços em saúde apoiados com recursos de fundos europeus. O estudo do MERCOSUL ocorreu em quatro vertentes: (i) institucionalização do Bloco e a conformação de agenda regional de saúde, (ii) perfil sócio-demográfico e da rede de saúde de Municípios brasileiros fronteiriços e de iniciativas cooperativas em saúde, (iii) casos de cidades-gêmeas e saúde, (iv) acesso e demanda no SUS de cidades da linha de fronteira.

A metodologia da investigação de doutorado utilizou revisão bibliográfica e documental, inquérito, entrevistas semi-estruturadas, visitas e pesquisa de campo. A parte referente à UE foi complementada com estágio de doutorado na *Escuela Nacional de Sanidad* em Madrid². E a parte do MERCOSUL foi aprofundada com a realização da pesquisa *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul*, coordenada pela Professora Ligia Giovanella, e realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e parceria institucional com a Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Tal pesquisa buscou conhecer e analisar mediante aplicação de inquérito, realização de entrevistas semi-estruturadas e de visitas de estudos, as percepções quanto às repercussões da integração na saúde dos seguintes atores: Secretários de Saúde de Municípios brasileiros fronteiriços ao MERCOSUL, Secretários de Saúde de Estados brasileiros fronteiriços ao MERCOSUL, autoridades sanitárias de cidades-gêmeas do MERCOSUL e Coordenadores Nacionais da Argentina, do Brasil, do

² O estágio de doutorado foi realizado na *Escuela Nacional de Sanidad (ENS) do Instituto de Salud Carlos III do Ministerio de Sanidad y Consumo* sob orientação do Professor Luis Angel Oteo Ochoa que indicou o Professor Jose-Manuel Freire como contato direto e cotidiano durante o estágio. No período de estágio de doutorado a Aluna recebeu bolsa do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação do Brasil.

Paraguay e do Uruguay do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) e da Reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL (RMS). O âmbito do estudo de doutorado são os quatro Estados-parte fundadores do MERCOSUL: Argentina, Brasil, Paraguay e Uruguay.

O presente documento de tese conforma-se dos resultados alcançados com o conjunto dos estudos desenvolvidos no doutorado. Optou-se pela elaboração da tese em forma de artigos, que aqui são capítulos, organizados em duas partes, acrescidos de uma introdução e considerações finais. Os capítulos articulam-se em torno da principal questão de interesse da pesquisa que perpassa todas as perspectivas abordadas: *de que modo processos de integração econômica regional repercutem nas políticas e sistemas de saúde dos países?* Todos os capítulos foram realizados no doutorado, de acordo com o objeto da pesquisa e sob a orientação da Professora Ligia Giovanella. O conjunto da produção soma sete artigos —extrapolando os três artigos exigidos para essa modalidade de tese—, sendo que em seis deles a aluna é a principal autora, correspondendo à tarefa de realizar as revisões bibliográficas e documentais que embasam o texto, elaborar a primeira versão e realizar as inclusões e contribuições do(s) demais autor(es). Bem como, responsabilizar-se em proceder aos ajustes no texto inicial para atender os pareceres para publicação e, finalmente, aprovar junto com o(s) co-autor(es) a versão para publicação. Além da orientadora, são co-autores nos capítulos integrantes da tese, o co-orientador do estágio na Espanha, o ajudante de pesquisa de campo na visita à fronteira na Espanha e as pesquisadoras adjuntas da *Pesquisa de Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços nas Cidades de Fronteira com Países do MERCOSUL*. Tal Pesquisa desde a concepção, elaboração do projeto, desenvolvimento de instrumentos e execução foi realizada junto com a orientadora que a coordenou. Dos sete artigos, cinco estão publicados e os dois restantes ainda não estão em formato definitivo para a apresentação para a publicação por extrapolarem o número de páginas.

A primeira parte da tese traz, assim, três artigos do estudo da UE e a segunda parte os quatro artigos do estudo do MERCOSUL. A elaboração da tese em forma de artigos implicou em repetição introdutória de conteúdos para que cada um fosse independente e se adequasse ao formato de acordo com os padrões da publicação, inclusive das referências bibliográficas, para o qual foi preparado. Nas considerações

finais retomam-se aspectos tratados em cada artigo-capítulo para, de modo articulado e concatenado, responder à questão inicial quanto às repercussões da integração econômica regional nas políticas de saúde. Os capítulos 1, 2 e 7 são artigos já publicados nos Cadernos de Saúde Pública (CSP)³; o capítulo 3 é capítulo de livro a ser publicado pela UFSC⁴; o capítulo 5 é um artigo publicado na Revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)⁵. Finalmente, os capítulos 4 e 6 devido à extensão de páginas serão, posteriormente, convertidos em artigos para apresentação com vistas à publicação na *Revista Panamericana de Salud Pública* e *Social Science & Medicine*⁶, respectivamente. Para compor o documento de tese foi incluído consolidado das referências bibliográficas utilizadas nos capítulos.

³ Artigo 1: Integração européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de Saúde. L Guimaraes e L Giovanella, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1795-1807, set, 2006. Artigo 2: Los temas de salud en la Unión Europea su impacto en la sanidad española. L Guimaraes e JM Freire, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S143-S154, 2007. Artigo 7: 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. L Giovanella, L Guimaraes, L Lobato, V Nogueira e G Damacena, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266, 2007.

⁴ Artigo 3: Integração Européia e Acordos Fronteiriços em Saúde na Euroregião de Extremadura-Alentejo. L Guimaraes e VP Queiroz, Mercosul em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária/UFSC.

⁵ Artigo 5: Municípios Brasileiros Fronteiriços e Mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. L Guimaraes e L Giovanella, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p.248-257, set/dez 2005.

⁶ Artigo 4: Agenda regional da saúde: integração e estrutura no Mercosul. L Guimaraes e L Giovanella, a ser apresentado a *Revista Panamericana de Salud Pública*. Artigo 6: Cidades-Gêmeas: integração regional e saúde. L Guimaraes, L Giovanella, L Lobato e V Nogueira, a ser apresentado a *Social Science & Medicine*.

INTRODUÇÃO

OBJETO DE ESTUDO: INTEGRAÇÃO ECONÔMICA REGIONAL E POLÍTICAS DE SAÚDE NA UNIÃO EUROPÉIA E NO MERCOSUL

A constituição do MERCOSUL segue a onda mundial de movimentos de integração e formação de blocos regionais (Sennes, 2002). No caso da América Latina, em especial, o surgimento de alianças multilaterais na década de 1980 é simultâneo à consolidação democrática e às crises econômicas e políticas (Figueras, Musgrove, Carrin e Duran, 2002). A interdependência econômica, por sua vez, incentiva a busca de compromissos e cooperação entre países, em cenários onde cada vez mais movimentos externos causam efeitos em políticas domésticas (Coutinho, 2002). Ainda que cada país esteja vivendo processos internos de reformas, estes se orientam, em geral, para a ordem político-econômica internacional (Stuart, 2002).

Os blocos econômicos estão presentes em todos continentes, mas a inclusão de questões sociais nos objetivos da associação ainda é tímida e de raras exceções. No entanto, mesmo que não seja um objetivo pautado para a conformação de acordos, os resultados destes causam impacto nas questões de saúde. Tanto por ampliar as relações comerciais, abrir as fronteiras, aumentar os intercâmbios e o trânsito de pessoas por motivos de negócios, investimentos, comércio e turismo, quanto pela alteração da mobilidade de pessoas e de produtos (Bolis, 1999). No caso da União Européia, especificamente, embora existam variadas visões, para a saúde, em geral, a experiência de unificação reforçou os objetivos comuns já presentes com anterioridade de combinar solidariedade com sustentabilidade financeira, de introduzir incentivos de mercado mantendo o claro papel gestor do Estado e de adotar inovações na organização e produção de serviços (Figueras, Musgrove, Carrin e Duran, 2002).

A literatura recente traça paralelos que demonstram semelhanças e diferenças entre as experiências do MERCOSUL e da União Européia. Mesmo em nível de integração anterior ao da União Européia, a reflexão sobre esta última, 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. As duas experiências têm como ponto fundamental de simetria, portanto, o objetivo de alcançar a união de Estados para além de zona de livre comércio. Mas ao lado disso, MERCOSUL e União Européia apresentam assimetrias importantes como o histórico de relações e as heterogeneidades geopolíticas entre os países integrantes, o primeiro tem escala sub-regional e a União Européia escala continental e os países do MERCOSUL não viveram situações que estão nas origens da União Européia. A integração na União Européia envolve uma estratégia geopolítica enquanto no MERCOSUL predomina o aspecto geográfico —associação entre os mais próximos— ainda pendente de identidade de propósitos. Nos aspectos jurídicos também existem diferenças entre os dois blocos, entre as quais: fontes de direito, competências, instituições, controle jurisdicional.⁷ Além de tudo, a análise das experiências do MERCOSUL e da União Européia evoca relações opostas e assimétricas históricas entre os hemisférios norte e sul: colonizador e colonizado, doador e beneficiário, rico e pobre, desenvolvido e em vias de desenvolvimento, industrializado e subdesenvolvido. Ainda assim, a União Européia pode ser considerada como um laboratório de integração, cuja análise permite antecipar problemas com os quais o MERCOSUL será confrontado no futuro. Observar a União Européia permite “(...) perceber as implicações futuras de certas ações e políticas” (Ventura, 2003: Introdução).

Por outro lado, a União Européia e o MERCOSUL buscam estabelecer relações entre si como duas regiões com concepções de integração semelhantes e que, além disso, partilham ligações históricas e proximidade cultural (Espanha, Portugal e Itália). A França, por seu turno, é o único país da União Européia que tem fronteira com o MERCOSUL, na Guiana Francesa, e com isto mantém ligações diferenciadas com a Região (Bouis, 2002).

Nesse sentido, vale notar que o processo de constituição da União Européia vem demonstrando que a integração repercute sobre os sistemas de saúde dos Estados-Membros não por meio de legislação específica apenas, mas como consequência dos esforços de implementação do mercado interno único (Leidl, 1998; Schmucker, 2003). No caso da União Européia, a constituição do mercado interno pressupõe garantir a livre

⁷ Tais diferenças podem relacionar-se aos distintos momentos de evolução dos blocos e se poderia pensar que o MERCOSUL talvez venha a percorrer caminhos similares de aprofundamento da integração também em relação aos aspectos jurídicos.

circulação de pessoas, bens, serviços e capitais —denominadas quatro liberdades—, as quais geram novas dinâmicas regionais e trazem conseqüências, inclusive não intencionais, para as políticas sociais e sistemas de saúde em cada Estado-Membro. Os estudos e pesquisas têm demonstrado que na União Européia o amplo espectro de regulamentos e leis acordados para a constituição da integração afetou de maneira não sistemática o sistema de saúde dos Estados-Membros e ocasionou repercussões diferenciadas a depender das características de estrutura e organização de cada sistema de saúde nacional (Busse, Wismar e Berman, 2002).

CIDADES NAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL: CORREDORES DE DIVERSIDADES POLÍTICAS

A intensificação das relações entre nações introduz nas fronteiras, situação de dubiedade —diferença *versus* integração—, onde mais que diferenças de língua e cultura, dá-se convivência cotidiana entre sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, entre outros, distintos, geradores de tensões e contradições entre as realidades local, regional e do conjunto de instituições, normas e práticas dos países. Os diversos significados da fronteira para a área diplomática, de segurança e da saúde espelham em parte a complexidade dessas regiões (Ciccolella, 1994; Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, 2001). O aumento dos fluxos e intercâmbios de produtos e de pessoas decorrentes dos processos de integração regional repercute diretamente nas cidades fronteiriças que se tornam corredores econômicos (Bolis, 1999). Nesse sentido, a pesquisa do acesso aos serviços de saúde em municípios brasileiros de fronteira com o MERCOSUL, associada ao estudo das políticas de saúde na União Européia e no MERCOSUL, contribuirá com elementos para antecipar o debate sobre impactos da integração regional nas políticas e sistemas de saúde.

A fronteira enquanto conceito político conforma espaço com particularidades institucionais e de práticas sociais. Assim, nas bordas dos países os limites são territórios dinâmicos que constituem unidades epidemiológicas com processos de trocas espacial, demográfica, socioeconômica e cultural específicos (Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, 2001). Nas fronteiras as identidades nacionais são diluídas e na saúde impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo acesso regionalizado e a adequação da provisão de acesso às especificidades destas regiões. As dinâmicas de trocas e circulação nas regiões fronteiriças agregam, por seu turno,

particularidades aos estudos de acesso (Donabedian, 1973; Penchansky e Thomas, 1981; Frenk, 1985; Giovanella e Fleury, 1996).

No MERCOSUL, os Estados Partes possuem distintos desenhos de políticas de saúde e de organização dos sistemas de saúde tanto nos aspectos financeiros e humanos quanto nas abordagens assistenciais. Ainda que nos domínios epidemiológico e sanitário exista contigüidade no território para além de limites de fronteira, as cidades têm perfis variados nos aspectos populacionais e de infra-estrutura. Assim, diversidades de acesso, da paisagem geográfica e social, de densidade demográfica, dos fluxos, das comunicações e de trocas existentes nas fronteiras do MERCOSUL caracterizam do lado brasileiro três segmentos distintos —Sul, Sudeste e Central— (Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, 2001).⁸ Essa realidade intensifica dificuldades já presentes nesses territórios e aumenta a complexidade de impactos do processo de integração regional nos serviços de saúde (Draibe, 2003; Figueras, Musgrove, Carrin e Duran, 2002).

No caso do Brasil é comum identificar os municípios de fronteira com base na definição constitucional de *faixa de fronteira* que tem fundamentos na defesa do território. De acordo com a Constituição do Brasil de 1988 a *faixa de fronteira* é a área compreendida dentro de cento e cinquenta quilômetros perpendiculares à linha do limite do território brasileiro (Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, 2001). Em discussões mais recentes tem sido utilizado o conceito de *linha de fronteira* que seria o território municipal que compõe a divisa nacional. Nesse sentido, a *linha de fronteira* do Brasil com o MERCOSUL é formada por 69 municípios de quatro estados —29 municípios do Rio Grande do Sul, 10 de Santa Catarina, 18 do Paraná e 12 de Mato Grosso do Sul —, os quais somam aproximadamente um milhão e quinhentos mil habitantes, de acordo com dados de 2003. O perfil de porte populacional desses municípios é, por sua vez, variável mas, em geral, são pequenas cidades. Do total de municípios da linha de fronteira 73% têm até 20 mil habitantes e 50% têm até 10 mil. Apenas três municípios da linha de fronteira têm mais de cem mil habitantes (Foz do Iguaçu no Paraná, Bagé e Uruguaiana no Rio Grande do Sul).

⁸ Os autores definiram tais segmentos a partir de critérios como: característica da articulação com os países fronteiriços e com os principais pólos regionais brasileiros e características geográficas. Para complementar a definição do segmento, os autores utilizaram recortes microrregionais e a existência de pólo regional referido aos serviços locais de saúde (Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, 2001).

Com base nos dados do ano de 2000, os municípios da linha de fronteira do MERCOSUL contabilizavam quatrocentos e setenta e quatro estabelecimentos assistenciais de saúde (74 hospitais, 260 unidades assistenciais, 64 postos de saúde e 74 centros de saúde) e somavam três mil, oitocentos e cinquenta e um leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), o que significava 2,55 leitos por mil habitantes (Informações fornecidas pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS). O perfil das unidades assistenciais é também variado e no caso de unidades com internação, 33% dos estabelecimentos assistenciais tinha entre 5 a 30 leitos caracterizando unidades de pequeno porte (Informações obtidas junto ao Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde). Há tendência de que os piores indicadores de saúde se concentrem nas fronteiras (OPAS, 2002).

Iniciativas bilaterais de ação conjunta no MERCOSUL, como é o caso do Grupo de Trabalho de Saúde na Fronteira da Itaipu Binacional e a Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira Brasil-Uruguai, têm sido observatórios de impactos da integração regional na saúde. No caso do Brasil, os esforços para consolidar a descentralização e organizar os serviços de saúde locais e regionais para garantir e melhorar o acesso integral, podem ser afetados pela ausência de linhas e diretrizes específicas para os municípios fronteiriços. A dimensão dessa questão entre os municípios da linha de fronteira tem proporções variadas decorrentes do histórico de relações e laços das populações fronteiriças e da vocação que assumem nos intercâmbios econômicos recentes. Nesse sentido, estão em formulação e discussão no Ministério da Saúde do Brasil projetos específicos voltados para a região de fronteiras.

Aqui vale recorrer, uma vez mais, aos segmentos de Barcellos, Peiter, Rojas e Matida (2001) que ilustram bem as especificidades das fronteiras no Brasil. A divisa do Brasil com o Uruguai e com a Argentina conforma o segmento Sul onde o fluxo terrestre trans-fronteiriço se ampliou com o MERCOSUL, contudo, está é uma região com menores níveis de desigualdade e vizinha de país com a melhor distribuição de renda da América Latina —o Uruguai— e, portanto, com melhores condições potenciais para enfrentar problemas de saúde. Por outro lado, a fronteira com o Paraguai é das mais ativas, com a presença de inúmeros pontos de comunicação, configurando o segmento Sudoeste e parte do Central. Em Foz do Iguaçu no Paraná, a tríplice fronteira—

Argentina, Brasil e Paraguai— concentra intenso fluxo turístico ecológico e de contrabando (Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, 2001).

A busca por serviços de saúde, por parte de populações de outros países, é uma realidade esperada em fronteiras tão dinâmicas. Mesmo assim não existem registros satisfatórios para dar conta da dimensão dessa demanda espontânea que exerce pressão crescente no SUS à medida que os sistemas municipais de saúde se organizam, em que pesem esforços dos países vizinhos. A falta de formalização desse atendimento dificulta conhecer e analisar as condições de acesso, as estratégias de respostas específicas e, ainda, outros fatores condicionantes do perfil de utilização como aqueles associados às diferenças no desenho dos sistemas nacionais de saúde. Estudos sobre os sistemas de saúde, os modelos de proteção social e as concepções do direito à saúde têm evidenciado a importância dessas questões no MERCOSUL (Simionatto, 2004; Simionatto, Nogueira e Gomez, 2004).

O estado de arte da discussão do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira do MERCOSUL indica que a problemática não é de simples abordagem seja no aspecto institucional seja no político. Por outro lado, as garantias dos direitos sociais são fatores importantes em processos de integração como demonstra a União Européia. Avançar na reflexão das repercussões da integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde a partir das fronteiras pode contribuir para antecipar questões na plena vigência do MERCOSUL, prevista para o ano de 2006.

Ao lado de reforçar as democracias recentes, o MERCOSUL vem se firmando, mais recentemente, como um instrumento de aprofundamento do debate regional das políticas públicas. Embora as relações econômicas sejam a prioridade como união aduaneira, os governos dos Estados Partes do MERCOSUL acenam com o desejo de constituir no futuro próximo um mercado comum, expandido para a América Latina o qual já se vislumbra com a incorporação do Chile, Bolívia, Peru, Equador e Colômbia como Estados associados e da recente adesão da Venezuela como Estado-parte. Nesse sentido, observa-se também o estreitamento em graus variados de relações do MERCOSUL com outros agrupamentos de países como é o caso da Associação Latino-Americana de Integração (ALADI, s/data) e da União Européia.

O MERCOSUL acumula debates e harmonizações em diversas políticas públicas como são: educação, justiça, cultura, transportes, energia, meio ambiente e agricultura.

Entretanto, o debate dos impactos da integração regional nas políticas de saúde ainda é incipiente e restrito ao domínio da saúde pública e das vigilâncias sanitária e epidemiológica e vinculado à circulação de produtos. Entretanto, tal situação pode ser modificada quando se observam em outras experiências de integração regional, as repercussões nas políticas de saúde. No caso da União Européia, a integração vem se desenvolvendo durante meio século em processo de alargamento, aprofundamento da regulação das liberdades de circulação de produtos, serviços, pessoas e capital e com transferência de responsabilidades governamentais para entidades supranacionais comunitárias. Embora na União Européia a organização dos serviços de saúde permaneça responsabilidade de cada Estado-Membro, a conformação do mercado único europeu repercutiu nas políticas de saúde de modo inesperado. Nesse sentido, o estudo da integração européia e dos impactos nas políticas de saúde pode trazer luzes e fomentar o debate no MERCOSUL.

Ainda distante das pautas negociadoras do MERCOSUL, os impactos do processo de integração regional sobre os sistemas de saúde são cada vez mais contundentes nos municípios de fronteira. Com perfis diversos e estágios variáveis de implantação das políticas nacionais de saúde, as cidades na linha de fronteira do MERCOSUL são campo de estudo relevante para observar, analisar e antecipar questões referentes ao acesso aos serviços de saúde relacionados à integração regional. Os municípios brasileiros de fronteira do MERCOSUL são territórios privilegiados de convivência e interfaces das diversidades de organização dos sistemas nacionais de saúde e laboratório do enfrentamento dos dilemas do processo de integração na saúde.

Um dos propósitos da pesquisa de doutorado é contribuir com subsídios para os processos de articulação e formalização de acordos bi e multilaterais direcionados à melhoria das condições de saúde e de acesso integral e humanitário da população no MERCOSUL.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE DOUTORADO

O objetivo do estudo de doutorado foi conhecer possíveis repercussões da integração econômica regional sobre as políticas de saúde dos países integrantes, de modo a contribuir com o debate e com a construção do MERCOSUL. Com base no objetivo geral foram desenvolvidos três objetivos específicos do estudo de doutorado. O primeiro foi

(i) caracterizar e analisar repercussões da integração econômica regional nas políticas e nos sistemas de saúde e no acesso às ações e aos serviços de saúde de países. O segundo objetivo específico foi (ii) identificar e analisar demandas de acesso aos serviços de saúde locais, mecanismos utilizados, fluxos formais e informais entre os serviços na região e estratégias de resposta de gestores locais às pressões por atendimento em localidades fronteiriças. O terceiro objetivo específico foi (iii) produzir conhecimentos que subsidiem a análise de repercussões do avanço do MERCOSUL nas políticas de saúde, contribuam com temas para uma pauta regional de saúde, fundamentem a formulação de políticas públicas e a construção de acordos bi e multilaterais que garantam o acesso às ações e aos serviços de saúde nas fronteiras.

Frente aos objetivos —geral e específicos— foi definida a abordagem do tema do estudo em duas perspectivas. A primeira foi revisar e analisar o processo histórico de formação e ampliação da UE, com ênfase nos tratados e estrutura, e as repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde, por tratar-se de experiência avançada e consolidada de integração econômica regional e de modo a traçar paralelos com a experiência do MERCOSUL. A segunda perspectiva foi revisar e analisar o processo de constituição da integração no MERCOSUL, a conformação de espaços de debate e harmonização de questões e de definição de pauta regional da saúde e, à luz da experiência européia, identificar repercussões e tendências da integração nas políticas de saúde dos Estados-parte e no acesso aos serviços e ações de saúde.

Para o estudo da UE a metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica e documental sobre a história, os processos de regulamentação e de institucionalização, as repercussões do mercado interno nas políticas e sistemas de saúde. Isto, de modo a conhecer e analisar em experiência consolidada de integração econômica regional repercussões da formação de mercado interno nas políticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde, com vistas a traçar paralelos com a experiência do MERCOSUL. Em seguida, foi realizado estágio de doutorado na Espanha⁹, onde foi possível ampliar a revisão bibliográfica e documental, realizar entrevistas com autoridades governamentais centrais e subnacionais, visitar instituições e localidades fronteiriças, conviver com

⁹ Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDÉE) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação do Brasil realizado de março a agosto de 2006. O estágio de doutorado foi realizado na *Escuela Nacional de Sanidad*, do *Instituto de Salud Carlos III*, do *Ministerio de Sanidad y Consumo de España*.

equipes acadêmicas européias e participar de eventos e cursos. No período do estágio de doutorado foi aprofundada a análise de impactos da integração econômica no sistema de saúde espanhol, no que tange às liberdades de circulação de pessoas, produtos e serviços. O sistema de saúde de Espanha tem características e princípios organizacionais semelhantes ao brasileiro: universalidade, integralidade, descentralização, regionalização, financiamento por impostos. O estágio de doutorado possibilitou, por fim, estudar experiência de cooperação em saúde entre localidades fronteiriças de Espanha e Portugal, realizadas com apoio de fundos europeus como parte das estratégias de integração.

ESTUDOS DA UNIÃO EUROPÉIA DESDE A ESPANHA

Para complementar e aprofundar a pesquisa sobre as repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde foi realizado estágio de doutorado na Espanha, no período de março a agosto de 2006 (Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior –PDEE- da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –Capes-). O estudo na Espanha tem relevância devido à existência naquele País de sistema nacional de saúde público, financiado com recursos fiscais, descentralizado e com acesso universal, características presentes no sistema de saúde do Brasil. No caso espanhol, frente à autonomia das Regiões do País, cabe ao governo nacional realizar acordos internos para dar viabilidade às diretrizes do mercado único, acordadas no âmbito europeu. A Espanha, a partir da adesão à União Européia que ocorreu em 1986, além da adoção de ajustes estruturais decorrentes das macro-políticas européias, desenvolve, com apoio de recursos dos fundos estruturais europeus, políticas de promoção e desenvolvimento de regiões com PIB inferior à média comunitária, 2004), incluindo as regiões fronteiriças. É um dos países europeus que recebeu mais recursos de fundos europeus.

Desde a Espanha foi possível observar e analisar, em um sistema de saúde com características presentes no Sistema Único de Saúde, as repercussões da integração no acesso aos serviços de saúde, verificar reformas na política nacional de saúde para atender dispositivos de Tratados Europeus com referência à livre circulação de pessoas, bens, serviços e capital. E, ainda, conhecer as perspectivas governamental, nacional e regional, sobre as repercussões da integração européia na política de saúde. Foi

possível também observar de que modo a integração europeia influenciou na cooperação em saúde nas fronteiras e estudar projetos fronteiriços em saúde realizados com apoio de recursos de fundos de coesão social europeus. Foi escolhida para visita de estudos a *Euroregião de Extremadura-Alentejo* localizada na fronteira sudoeste com Portugal¹⁰. A Euroregião de Extremadura—Alentejo é considerada prioritária para investimentos europeus devido às condições sócio-econômicas: baixo desenvolvimento, deficiências de infra-estrutura, dinâmicas econômicas frágeis, intensas migrações, déficit de cobertura em ações assistenciais de saúde. Pesou ainda na escolha do caso, o fato de tratar-se de Região com proximidades históricas e lingüísticas com a América do Sul, o que oportuniza traçar paralelos entre a experiência de integração econômica regional europeia e a do MERCOSUL. Foi determinante na escolha desta Região, o acesso e a disponibilidade dos interlocutores qualificados para a realização da visita de estudo e das entrevistas para o estudo de caso.

Para realizar o estágio de doutorado foi iniciado contato na Escuela Nacional de Sanidad (ENS) do Instituto de Salud Carlos III do Ministerio de Sanidad y Consumo. A ENS é instituição correlata da ENSP/FIOCRUZ que desenvolve atividades de formação — graduação e pós-graduação— e de pesquisa em saúde em diversos campos e integra redes de investigação. A ENS/ISC III é a sede da Biblioteca Nacional de Ciências da Saúde o que facilitou o acesso a amplo acervo bibliográfico e documental. Desde a ENS/ISC III foi possível realizar, ainda, contatos com outros grupos de pesquisadores da Espanha e de outros países com produção na temática da pesquisa. Na Espanha, a ENS/ISC III é a Instituição de referência para o Observatório Europeu sobre Sistemas de Saúde, iniciativa da Organização Mundial da Saúde em parceria com governo, organismos de cooperação e universidades.

O orientador na Espanha, Professor Luis Angel Oteo Ochoa, indicou o Professor Jose-Manuel Freire chefe do Departamento de Salud Internacional e Diretor do Master en Salud Publica da Escuela Nacional de Sanidad como contato direto e cotidiano durante o PDEE. O Professor Freire tem larga experiência em administração

¹⁰ O conceito de *Euroregião* surge em textos europeus com dois sentidos. É utilizado em referência aos acordos formais entre países e regiões subnacionais e, às zonas de apoio e desenvolvimento de projetos com recursos dos Fundos Europeus. Neste último caso, não existem acordos formais de conformação de Euroregião, mas diferentes entidades políticas subnacionais compartilham aspectos geográficos, demográficos e sócio-econômicos e, participam de forma conjunta na elaboração e coordenação de projetos europeus.

sanitária de Comunidade Autónoma e como representante do País em comitês de saúde da União Européia. O segundo capítulo da tese, publicado como artigo, *Los temas de salud en la Unión Europea: su impacto en la sanidad española*, foi escrito sob orientação do Professor Freire. O terceiro capítulo da tese, publicado como capítulo em livro da UFSC, *Integração Européia e Acordos Fronteiriços em Saúde na Euroregião de Extremadura—Alentejo*, foi escrito a partir de anotações da visita de estudos à Euroregião de Extremadura-Alentejo compartilhadas com Vinicius Pawlowski Queiroz e sob a orientação da Professora Ligia Giovanella e com contribuições do Professor Freire.

ESTUDOS DO MERCOSUL

Para o estudo do MERCOSUL, além da revisão bibliográfica e documental, a metodologia incluiu o desenvolvimento do projeto de pesquisa *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL*. A revisão bibliográfica e documental tratou de descrever e analisar a institucionalização do MERCOSUL, dos espaços de debate e de articulação em saúde, e a conformação da agenda regional de saúde no MERCOSUL. Foi realizada pesquisa em banco de dados públicos para consolidar perfil de características sócio-demográficas e da rede assistencial de Municípios brasileiros da linha de fronteira do MERCOSUL, de modo a conhecer e analisar as características daquelas localidades. A pesquisa *Saúde nas fronteiras* propiciou explorar dinâmicas entre comunidades de cidades-gêmeas fronteiriças do MERCOSUL com referência às demandas e acesso aos serviços públicos de saúde, fluxos entre os serviços e estratégias do governo local relacionadas às questões de saúde na fronteira.

A pesquisa *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL* objetivou (i) estudar repercussões da integração regional nos sistemas de saúde; (ii) identificar ações de saúde demandadas e mecanismos utilizados e condições de acesso; (iii) identificar fluxos formais e informais entre serviços e sistemas; (iv) conhecer estratégias de resposta dos governos; (v) caracterizar percepções da integração nas ações e serviços de saúde; (vi) conhecer acordos locais com gestores das localidades fronteiriças estrangeiras; e (vii) indicar campos de ações entre países frente à integração e face às diversidades dos sistemas de

saúde. A pesquisa *Saúde nas Fronteiras* fundamentou-se nas experiências e percepções de atores políticos locais, estaduais e nacionais quanto aos temas: da realidade setorial em cada País, as implicações da integração regional *vis a vis* as políticas nacionais, regionais e locais no acesso as ações e serviços de saúde, as demandas nos serviços de saúde de localidades de fronteira e as estratégias de cooperação e acordos locais.

As fontes de informação da pesquisa foram: (i) inquérito com 69 Secretários de Saúde de 69 Municípios brasileiros da linha de fronteira do MERCOSUL; (ii) estudo de quatro casos de cidades-gêmeas e entrevistas semi-estruturadas com autoridade sanitárias estrangeiras; (iii) entrevistas semi-estruturadas com Secretários da Saúde de quatro Estados brasileiros fronteiriços ao MERCOSUL —Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), Paraná (PR) e Mato Grosso do Sul (MS)—; e (iv) entrevistas semi-estruturadas com Coordenadores Nacionais do Subgrupo de Trabalho SGT 11 Saúde e Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL do Estados-parte fundadores do MERCOSUL: Argentina, Brasil, Paraguay e Uruguay.

Na pesquisa *Saúde nas Fronteiras* o inquérito com os Secretários Municipais de Saúde buscou a análise desse ator quanto a implicações para a saúde da localização fronteiriça, as percepções sobre os serviços públicos de saúde na Cidade estrangeira vizinha e no próprio Município, informações sobre a busca e atendimento de estrangeiros pelo SUS no Município, a busca e atendimento de brasileiros nos serviços públicos de saúde da Cidade estrangeira de fronteira vizinha, ações de saúde relacionadas especificamente com a situação de fronteira, a questão dos profissionais de saúde e prestadores de serviços na fronteira e observações sobre a fronteira. Os Secretários de Saúde dos Municípios estudados foram entrevistados entre novembro e dezembro de 2005, ano de início de gestão dos executivos municipais. O inquérito foi realizado por meio de aplicação por entrevistador, profissional de nível superior treinado, de questionário modular composto por 73 perguntas fechadas, e 30 parcialmente abertas, abordando os temas acima. Os questionários aplicados foram revisados por supervisor e depois de digitados realizada crítica 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 programa *SPSS* para a realização da descrição e análise 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 (Fleiss, 1981) 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).

Foram realizados quatro estudos de caso de cidades-gêmeas, um em cada Estado brasileiro. As cidades foram definidas por critério de facilidade e intensidade de contato e relações entre as comunidades. Assim foram estudadas: Sant’Ana do Livramento/RS e Rivera/Uruguay, Dionísio Cerqueira/SC, Barracão/PR e Bernardo e Irigoyen/Argentina, Foz do Iguaçu/PR, Ciudad del Este/Paraguay e Puerto Iguazu/Argentina e, Ponta Porã/MS e Juan Pedro Caballero/Paraguay. Do lado brasileiro, além do inquérito, foi realizada entrevista semi-estruturada com o Secretário de Saúde, visita à Unidade de Saúde. Do lado estrangeiro foi realizada entrevista semi-estruturada com autoridades sanitárias e visita à Unidade de Saúde. Os conteúdos abordados nas entrevistas foram características da fronteira, aspectos dos sistemas de saúde das Cidades-Gêmeas, atendimentos da população, implicações da situação de fronteira e da integração na saúde e, articulações e iniciativas conjuntas. As entrevistas foram registradas e compõem relatórios da Pesquisa.

Com os Secretários de Saúde dos Estados brasileiros foi realizada entrevista semi-estruturada abordando temas de saúde na fronteira e repercussões da integração sobre políticas e sistemas de saúde. Com os Coordenador do SGT 11-Saúde e da RMS do MERCOSUL a entrevista semi-estruturada abordou saúde no MERCOSUL, políticas e sistemas de saúde no País e MERCOSUL e, repercussões da integração no MERCOSUL nas políticas e sistemas de saúde do País. Todas as entrevistas foram registradas e compõem relatórios da Pesquisa. Ainda como parte da pesquisa visitou-se dois organismos do MERCOSUL: a Secretaria Administrativa localizada na sede em Montevideo, e o Tribunal de Solução de Controvérsias localizado em Asunción.

Atividades de representação institucional, participação em eventos sobre temas de saúde internacional e na fronteira, além das disciplinas cursadas no doutorado foram oportunidades de organizar observações e levantar percepções de atores brasileiros e de outros países, com referência: às trajetórias e aos fluxos dos pacientes e as estratégias

para acessar serviços assistenciais, as implicações para o financiamento e outros impactos nos sistemas de saúde, às relações com as diversidades de arranjos das políticas de saúde, à interdependência entre sistemas de saúde em relação às ações das vigilâncias sanitária e epidemiológica. Além disso, possibilitou conhecer opiniões distintas, construir lista de contatos para entrevistas posteriores, conhecer fronteiras diversas, realizar entrevistas exploratórias.

CONTEÚDO DA TESE

O presente documento de tese consolida todo o estudo e produção do doutorado, organizado em duas partes e apresentado em forma de artigos articulados em torno da principal questão de interesse da pesquisa: *de que modo processos de integração econômica regional repercutem nas políticas e sistemas de saúde dos países?*. Essa questão foi abordada em variadas perspectivas na União Européia e no MERCOSUL. Dos sete capítulos que compõem o conjunto da produção de doutorado, cinco já estão publicados e em seis deles a aluna é a principal autora.

A Parte I —União Européia e Políticas de Saúde — compõe-se de três capítulos. O *capítulo 1* aborda as modalidades de processos de integração regional entre países, a conformação da União Européia e as repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. A partir de revisão bibliográfica e documental descreve as modalidades de integração regional entre países, a constituição, o desenvolvimento e o alargamento da União Européia. Em seguida, analisa as repercussões da formação do mercado único europeu sobre as políticas de saúde tendo por base os tratados, a regulamentação do acesso e os cuidados integrados entre países e nas regiões de fronteira. O *capítulo 2* trata das repercussões do mercado interno no sistema de saúde espanhol a partir de revisão bibliográfica, entrevistas e visitas de estudos. A revisão da inclusão da saúde nos tratados europeus e nas pautas das instituições européias e como esta se traduz em políticas de proteção e promoção da saúde na União Européia. Aborda características dos sistemas de saúde europeus, relacionando com a livre circulação de bens, serviços, pessoas e capitais no mercado interno. Estuda o sistema sanitário espanhol e as reformas relacionadas à implementação de diretivas européias. O *capítulo 3* revisa a constituição do mercado

único europeu até a Estratégia de Lisboa onde a saúde é associada ao desenvolvimento econômico. Analisa como a saúde é um valor europeu e um fator de coesão social no processo de integração. As análises são feitas a partir de experiência de cooperação na fronteira de Espanha-Portugal, a qual ilustra como processos de integração regional favorecem e apóiam iniciativas locais de cooperação, atenção, pesquisa e formação.

A Parte II —MERCOSUL e Saúde— compõe-se de quatro capítulos. O *capítulo 4* revisa a constituição e o desenvolvimento do MERCOSUL, abordando aspectos organizativos e de funcionamento. Analisa a inclusão da saúde na agenda de discussão entre os países, bem assim a dinâmica de tomada de decisão, a partir de entrevistas com autoridades de saúde dos países participantes. O *capítulo 5* analisa as repercussões da integração nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças brasileiras do MERCOSUL. O *capítulo 6* estuda cidades-gêmeas e descreve como iniciativas locais e regionais entre cidades vizinhas de fronteira têm sido utilizadas para enfrentar de forma solidária e cooperativa os impactos dos avanços do MERCOSUL. O *capítulo 7* analisa os resultados da pesquisa *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL* no aspecto correspondente à percepção dos gestores municipais da saúde quanto ao fluxo, demanda e acesso aos serviços de saúde.

Considerações finais articulam as principais conclusões da tese desenvolvidas em cada capítulo, com o objetivo do estudo. As referências bibliográficas foram consolidadas em uma parte específica, pois durante os capítulos seguem as normas de cada publicação. Seis anexos constam do presente documento da tese.

PARTE I
UNIÃO EUROPÉIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

CAPÍTULO 1 – ARTIGO 1

INTEGRAÇÃO EUROPÉIA E POLÍTICAS DE SAÚDE: REPERCUSSÕES DO MERCADO INTERNO EUROPEU NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE¹¹

Luisa Guimarães

Lígia Giovanella

EUROPEAN INTEGRATION AND HEALTH POLICIES: REPERCUSSIONS OF THE INTERNAL EUROPEAN MARKET ON ACCESS TO HEALTH SERVICES

ABSTRACT

The article explores the health policies repercussions of the countries regional integration at European Union. The aim is to review the access regulation in other country, with the completion of the European single market and the free movement (of persons, services, goods, capital). It begins with integration forms reviews and describes the enlargement and institutionalization of Community organisms. The European integration repercussions in health policies and access regulations are analyzed. Health impacts of market results from Treaties directives and internal policies adjustments to free movement. The health services access is gradually regulated and granted by rulings. Borders projects illustrate dynamics where differences are used to achieve of integral care. In the oldest integration experience the market regulation generated intentional and no-intentional impacts in the health policies of Member States, independently of the organization model. The knowledge and the analysis of this path lead challenges to Mercosur and ads to future debates and decisions.

Economic Blocs; Health Policy; Border Health; European Union

¹¹ Publicado na Seção Revisão dos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1795-1807, set, 2006.

INTRODUÇÃO

Processos de integração regional entre países para estabelecimento de relações econômicas e comerciais privilegiadas têm cada vez maior relevância política e sócio-econômica^{1,2}. Presentes em todos os continentes, acordos de integração e políticas bi e multilaterais encontram-se em estágios variados, têm distintas metas, marcos legais, mecanismos de implementação, controle e solução de conflitos^{3,4}. Operam transformações internas progressivas para capacitar países à abertura comercial mais ampla e buscam superar conflitos, aumentar segurança, aproveitar vantagens regionais de escala, melhorar eficiência e alcançar benefícios coletivos³. Nesse sentido, relacionam-se com fenômenos da globalização. Embora a inclusão de temas sociais nos acordos comerciais ainda seja tímida, observa-se influência destes sobre as políticas de saúde^{2,5,6}. Estudos da União Européia indicam que a integração repercutiu de modo intencional e não intencional nas políticas de saúde^{7,8}.

No Brasil, a integração regional adquire elevada importância frente à extensa faixa fronteiriça⁹. Seguindo tendência mundial de associação, o país integra o MERCOSUL cuja participação vem assumindo relevância na política externa brasileira¹⁰. O Brasil convive com fenômenos de intensificação do livre comércio que já apresentam reflexos sobre o setor saúde^{11,12}. Ao mesmo tempo, busca garantir o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), frente às realidades distintas e às dimensões continentais. Ainda que na atualidade o MERCOSUL se caracterize como união aduaneira – sistema de tarifas e cotas comuns nas relações comerciais externas –, os Estados-parte procuram constituir um mercado comum, com a livre circulação de pessoas, bens e serviços. Como mercado comum, integrando economias, o MERCOSUL tende a aproximar-se da modalidade de integração da União Européia^{13,14,15}. Desse modo, lições históricas da constituição e regulamentação da União Européia, por ser a mais antiga e profunda experiência, podem ilustrar a dinâmica de impactos da integração nas políticas de saúde e contribuir, assim, para o debate atual e decisões futuras com relação ao MERCOSUL.

O objetivo do presente artigo é explorar a conformação da União Européia e as repercussões sobre as políticas públicas e sistemas de serviços de saúde e verificar os processos de regulamentação do acesso aos serviços de saúde em outro país, com intuito

de traçar paralelos com o MERCOSUL. O método utilizado foi revisão de literatura e documental. O presente texto fundamenta-se em estudo em desenvolvimento no Programa de Doutorado em Saúde Pública, na linha de pesquisa Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde (ENSP/FIOCRUZ/MS).

O artigo está organizado em quatro tópicos principais. No primeiro, trata-se das características de processos de integração entre países indicando os diversos níveis de associação, seguido de aspectos históricos da constituição e do alargamento da União Européia e a conformação institucional comunitária. No segundo, analisa-se de que modo a temática da saúde é incorporada nos tratados da União Européia e quais as repercussões da regulamentação da livre circulação para o mercado único e sobre as políticas de saúde. No terceiro tópico, examina-se o acesso às ações e serviços de saúde transfronteiriços na União Européia, focalizando-se a regulamentação, a ampliação decorrente de jurisprudências da Corte de Justiça Européia e especificidades de regiões fronteiriças. Nas considerações finais são sintetizadas e analisadas questões da integração e as repercussões no acesso aos serviços de saúde no caso europeu, de modo a apontar no conhecimento da trajetória europeia desafios a enfrentar no MERCOSUL.

PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL ENTRE PAÍSES E A CONFORMAÇÃO DA UNIÃO EUROPÉIA

MODALIDADES DE INTEGRAÇÃO REGIONAL ENTRE PAÍSES

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 ¹⁴. Acordos comerciais preferenciais estão muito difundidos entre países ^{3,4}, e devido ao caráter econômico, processos de integração regional são regulados, no âmbito mundial, pela Organização Mundial do Comércio ².

Acordos econômicos operam transformações progressivas internas nos países para capacitá-los à abertura comercial mais ampla ³. 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. Logo, 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 ¹⁶.

Os objetivos dos acordos multilaterais firmados definem o grau da integração entre os países ⁴, 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 restrições 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 ¹³.

Os acordos comerciais influem nas políticas de saúde, entretanto, estudos indicam insuficiente coordenação intersetorial ² e que falta explorar em profundidade as relações entre mercado e saúde ⁶. 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 ¹⁷.

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; 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 (Tabela 1). O início ocorreu nos anos 1950 quando seis países que na primeira e na segunda guerra mundiais tiveram posições antagônicas, acordaram questões de infra-estrutura energética, tendo o tema da promoção da paz

como pano de fundo. Os primeiros acordos tinham 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. Nos anos 1980, novas adesões levaram à introdução de programas estruturais com objetivo de reduzir disparidades de desenvolvimento econômico entre a Europa dos 12 ¹⁸.

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 ¹⁸. Continha bases do mercado único europeu cuja regulamentação veio a ter impactos nos sistemas e serviços de saúde dos Estados-Membros ^{19,20,21}. 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 ¹⁸.

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.

TABELA 1 - 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 Européia¹⁸.

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^{22,23}. 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 elevada é o Conselho Europeu integrado pelos Chefes dos Estados-Membros e pelo Presidente da Comissão Européia. A Comissão Européia é órgão executivo, defensor dos interesses comuns, integrado por membros indicados pelos países; zela pelo cumprimento do acordado e acompanha as decisões do Conselho de Ministros da União Européia. O Conselho de Ministros representa os governos nos debates comunitários. O Parlamento Europeu, formado por deputados eleitos nos países, exerce controle democrático¹⁸.

Dois organismos completam as principais instituições comunitárias: um de controle financeiro e outro de defesa dos direitos comunitários. O Tribunal de Contas da União Européia, composto por indicados pelos Estados-Membros após consulta ao Parlamento Europeu, verifica a legalidade e regularidade de receitas e despesas da União Européia e a gestão financeira dos recursos comuns. A Corte de Justiça Européia, 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 de tal 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 sócioeconômicos 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 européias 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 européias ¹⁸.

A União Européia 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 em que primam estratégias de cooperação (práticas intergovernamentais e tomada de decisão consensual) e estratégias de integração (práticas supranacionais e tomada de decisão por maioria). A consolidação européia afirma a integração como alternativa viável de redução de diferenças regionais, na qual a noção de fronteira assume aspecto mais permeável ²². 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*” ²² (p. 166). Essa transposição é típica dos processos de integração regional que para se efetivarem necessitam de criar foros multilaterais de harmonização, de apoio à superação de conflitos e promotores de acordos ²³.

UMA CONSTITUIÇÃO PARA A EUROPA

A União Européia está expressa em quase 100 mil páginas de acordos que fundamentam a integração. A recente Constituição Européia sintetiza esta regulamentação para substituir o conjunto de Tratados ²⁴, consolida o conjunto de direitos cívicos, políticos, econômicos e sociais; trata da repartição de competências entre a União e os Estados-Membros, das tarefas das instituições, da eficácia externa e da legitimidade da União ¹⁸. A sua adoção marcará novo passo na construção do Estado supranacional, confirmando a expansão e a integração, com adequações institucionais para receber novos países e continuar assistindo regiões e grupos sociais em dificuldades ²⁵.

O Tratado que institui uma Constituição para a Europa, assinado em outubro de 2004, para entrar em vigor deve ser adotado após consulta pela via parlamentar e/ou por referendo em todos os Estados-Membros até outubro de 2006. Por mais que dez países já tenham ratificado o documento, a adoção do Tratado Constitucional permanece em debate por conta das controvérsias quanto ao caráter social do texto em decorrência dos resultados recentes de “não à Constituição”, na França e na Holanda.

A FORMAÇÃO DO MERCADO ÚNICO EUROPEU E REPERCUSSÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Os países da União Européia têm tradição na garantia de proteção social, caracterizando-se como amplos sistemas de bem-estar que, 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 ²⁰. Os modelos de atenção variam entre dois tipos, com predomínio o primeiro: bismarkiano – seguro social financiado por contribuições do empregador e do trabalhador –, e beveridgiano – sistema 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 Européia, a garantia de proteção social à saúde permanece responsabilidade de cada Estado-Membro. Entre 1958 a 1998, contudo, 233 regulamentos da União Européia afetaram os serviços de saúde ²⁰. As repercussões da integração européia na saúde são aqui analisadas nos Tratados, no tocante às ações de

saúde pública, nos sistemas nacionais de saúde quanto à regulamentação da livre circulação.

A SAÚDE NOS TRATADOS: 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 152 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 ²⁶. 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 reforçou o caráter de transversalidade da proteção da saúde a ser assegurada na definição e execução de todas as políticas e ações da Comunidade ²⁶. A Constituição Europeia, em processo de ratificação, mantém o disposto no Tratado da União Europeia: reafirma o caráter comunitário complementar da saúde pública e a soberania nacional para a organização da assistência.

Em cumprimento ao acordado, na União Europeia 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 Fórum de Saúde da União Europeia ¹⁸.

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^{8,21,27,28}. 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 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 acordados²⁹. Por outro lado, a regulamentação da livre circulação afeta as políticas de saúde em diversos âmbitos^{7,19,20,30}.

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, serviços, mercadorias e capital são objeto de regulação de modo a adaptá-los às regras comunitárias, para que circulem como as pessoas livremente entre os Estados-Membros. A liberdade de circulação tem impactos específicos nos sistemas de saúde^{19,21,31,32}.

A livre circulação de pessoas tem repercussões mais significativas na saúde, seja quanto à garantia dos direitos sociais, seja quanto à oferta de profissionais de saúde³¹. 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 maneira 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 forma que não impeça a livre circulação de trabalhadores. O movimento de pessoas em busca de serviços de saúde em outro país foi feito pelo Regulamento CEE N. 1408/71, e é também objeto de jurisprudências da Corte de Justiça Européia, abordado em seguida.

A regulamentação da livre circulação de mercadorias na saúde afetou especialmente 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. A fim de regular a produção e distribuição de medicamentos foi criada a Agência Européia 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 notadamente sobre a oferta de seguros privados. Isso devido à decisão da Corte de Justiça Européia 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. Porém, 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 onde estes serviços são predominantemente públicos.

A análise dessas repercussões tem demonstrado que intervenções em direção ao mercado único europeu resultaram em efeitos nos sistemas de saúde²⁸. A mobilidade de profissionais de saúde, a licença e o acesso para os fármacos, o sistema de saúde para turistas, o sistema de cobertura para trabalhadores migrantes resultam de impactos intencionais e não intencionais da integração. Efeitos não intencionais se manifestam na compra, provisão e entrega dos serviços de saúde e resultam, em parte, da insuficiente abordagem que tiveram os serviços de saúde quando do desenho de diretrizes e regulamentações do mercado^{7,8,19,33}. Os efeitos intencionais e não intencionais rebatem distintamente em cada Estado-Membro frente às diferentes modalidades de organização política dos sistemas e serviços nacionais de saúde e às características específicas, como organização administrativa e autonomia regional²⁰.

ACESSO ÀS AÇÕES ASSISTENCIAIS NA UNIÃO EUROPÉIA

Na União Européia, apenas as ações de saúde pública são objeto de regulamentação comunitária, visto que os Tratados reservam ao Estado-Membro a responsabilidade pela organização da oferta de serviços de saúde. No entanto, a livre circulação de pessoas, inclusive trabalhadores, no interior do território europeu integrado gerou situações em que 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 Européia ³¹. Além disso, em regiões de fronteira desenvolvem-se projetos que buscam garantir cuidado integrado de saúde beneficiando-se dos avanços da integração econômica ³⁴.

A REGULAMENTAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM OUTRO ESTADO-MEMBRO

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 Européia (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 ^{35,36}. 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 o de estender para fora do país a escolha do cidadão em consumir mercadorias e serviços médicos, além de autorizar a importação e exportação de serviços de saúde ^{28,31}.

Para instrumentar os direitos previstos no Regulamento CEE N. 1408/71 foram criados diferentes formulários, com a finalidade de 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 ³⁷. Em todos esses casos, os beneficiários devem portar o formulário respectivo ao buscarem o serviço no outro país, o que na prática nem sempre ocorre ³⁸.

A mobilidade de pacientes na União Européia sob o abrigo do Regulamento CEE N. 1408/71 tem pequeno impacto numérico e financeiro ³¹. 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 europeia comum dos sistemas de saúde, os Estados-Membros firmaram compromisso com mecanismos de cooperação em serviços e assistência ³³.

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 turismo, busca de emprego e transferência de trabalho ³⁹. 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 ¹⁷, ainda que o acesso aos serviços esteja disciplinado sob algumas condições.

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 N. 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 28,31. 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 6. 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 ⁴⁰.

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^{28,40}.

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 isso comprometeria o planejamento e a organização dos serviços e ações de saúde nacionais^{19,27,30,31}.

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^{19,20}. Existe a preocupação da conformação de cesta européia virtual de cuidados de saúde⁴¹, com impacto variável na composição interna do sistema de cada país⁴². 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 disponíveis⁴¹ e no consenso de que nenhum sistema nacional de saúde está isento das obrigações acordadas e regulamentadas⁴³. 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 país⁴¹.

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 fronteiras³¹. Nessas regiões, o movimento de trabalhadores é intenso e há pressão em busca de cuidados de saúde⁴⁴. 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 ⁶. 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 ¹⁷. Fronteiras são territórios vinculados à identidade nacional que se dilui, em que se manifestam situações de dubiedade – diferença versus integração –, em que, além de contrastes de língua e de cultura, dá-se convivência cotidiana entre sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social distintos, fato que gera tensões e evidencia contradições entre as realidades local, regional e do conjunto de instituições, normas e políticas ⁴⁵.

A partir do Tratado de Maastricht foram desenvolvidos projetos estruturais com atividades dirigidas para as fronteiras européias ⁴⁶. 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 ³¹.

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 ampliar 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 ³⁴.

Mesmo que 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 Européia tiveram maiores repercussões (Bélgica, Holanda, Alemanha) e buscam auxiliar o controle de custos e do atendimento ³⁴.

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 ³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

Embora 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 de 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-Membros 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-Membros 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 acesso 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 das regiões de fronteiras pode contribuir para antecipar questões na plena vigência do MERCOSUL.

RESUMO

Com base em revisão, o artigo explora repercussões nas políticas de saúde da integração regional entre países na União Européia. O objetivo é revisar a regulação do acesso em outro país, com a efetivação do mercado único e da livre circulação (de pessoas, produtos, serviços e capital). Inicia-se com revisão de modalidades de integração e descreve-se o alargamento e a institucionalização de organismos comunitários. As repercussões da integração européia nas políticas e na regulamentação do acesso à saúde foram analisadas. Impactos do mercado na saúde resultam de diretivas dos Tratados e de ajustes de políticas decorrentes da livre circulação. O acesso às ações assistenciais é regulamentado gradualmente e garantido por jurisprudências. Projetos nas fronteiras ilustram dinâmicas em que disparidades são utilizadas a favor do cuidado integral. Na mais antiga experiência de integração, a regulamentação do mercado gerou impactos intencionais e não intencionais nas políticas de saúde dos Estados-Membros, independentemente do modelo de organização. O conhecimento e a análise desta trajetória sinalizam desafios ao Mercosul e contribuem para o debate e decisões futuras.

Blocos Econômicos; Política de Saúde; Saúde em Fronteira; União Européia

CORRESPONDÊNCIA

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil, 4.036, sala 1.001, Rio de Janeiro, RJ, 21040-361, Brasil, luisa.guimaraes@solar.com.br.

COLABORADORES

L. Guimarães e L. Giovanella compartilham a autoria do artigo na concepção, estrutura, busca de fontes de referência e análise para a construção do texto, e na aprovação final para a publicação. L. Guimarães preparou a primeira versão do texto que foi sendo revisado e elaborado conjuntamente pelas duas autoras.

AGRADECIMENTOS

L. Guimarães é bolsista do *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq) e funcionária do *Ministério da Saúde* de Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Bambas A, Casas JA, Drayton HA, Valdés A. Health and human development in the new global economy – the contributions and perspectives of civil society in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2000.
2. 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).
3. Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M, editores. Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Santa Fe de Bogotá: Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización; 1998. p. 25-45.
4. Altvater E, Mahnkopf B. Grenzen der globalisierung. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot; 1996.
5. Bolis M, editor. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
6. Wismar M, Busse R, Berman P. The Europe Union and health services. The context. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 17-29.
7. Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002.
8. Leidl R. Introduction. In: Leidl R, editor. Health care and its financing in the single European market. Biomedical and health research. Amsterdam: IOS Press; 1998. p. 3-10.
9. Barcellos C, Peiter P, Rojas LI, Matida A. A geografia da AIDS nas fronteiras do Brasil. <http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
10. Silva LIL, Amorim C, Guimarães SP. 1o de janeiro de 2003, Discurso do Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na Sessão de Posse, no Congresso Nacional, em Brasília. In: Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais, organizador. A política externa no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; 2003. p. 25-46. (Coleção Países e Regiões).
11. Simionatto I, Nogueira VMR, organizadoras. Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lago Editora; 2004.
12. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
13. Basso M. Integração econômica e institucionalização: as experiências do Mercosul e da União Européia. Revista CEJ 1998; 2:72-83.
14. 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).

15. Ventura DFL. As assimetrias entre o Mercosul e a União Européia: os desafios de uma associação inter-regional. Barueri: Editora Manole; 2003.
16. Threlfall M. European social integration: harmonization, convergence and single social areas. *J Eur Soc Policy* 2003; 13:121-39.
17. 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.* Amsterdam: IOS Press; 1998. p. 13-37.
18. União Européia. A Europa em 12 lições. http://europa.eu.int/index_pt.htm (acessado em 07/Fev/2005).
19. Health & Consumer Protection Directorate-General, European Commission. The internal market and health services: report of the high level committee on health. http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf (acessado em 07/Fev/2005).
20. 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. Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union – Final Version, Brussels. <http://www.ose.be/health/files/summary.pdf> (acessado em 19/Nov/2001).
21. 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. 41-8.
22. Medeiros MA. Prerrogativas estatais, integração regional e lógica redistributiva. *Lua Nova* 2003; (58):141-68.
23. 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).
24. Krätschell H, Renner, G. Weg zur EU–Motive, Interessen, Entscheidungen. *Informationen zur Politische Bildung* 2002; (213):4-12.
25. Stuart AM. UE um laboratório de políticas públicas. *Teoria e Debate* 2004; (60):48-53.
26. 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 07/Fev/2005).
27. Paton C, Berman PC, Busse R, Ong BN, Rehnberg C, Renck B, et al. The Europe union and health services: summary. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. *The European Union and health services. The impact of the single European market on member states.* Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 1-13.
28. Wismar M, Gobrecht J, Busse R. Consumer choice of medical goods across borders. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. *The European Union and health services. The impact of the single European market on member states.* Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 213-30.
29. De Vos PD, Dewitte H, Stuyft PVD. Unhealthy European health policy. *Int J Health Serv* 2004; 34:255-69.
30. 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.

http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_200403_25_rd01_en.pdf (acessado em 07/Fev/2005).

31. Busse R, Drews M, Wismar M. Consumer choice of healthcare services across borders. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 231-48.
32. 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.
33. Comissão das Comunidades Europeias. Acompanhamento do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia. http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/cnc/2004/com2004_0301pt01.pdf (acessado em 07/Fev/2005).
34. 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 07/Fev/2005).
35. União Europeia. Regulamento CEE N. 1408/71, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade. http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=pt&numdoc=31971R1408 (acessado em 07/Fev/2005).
36. 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. Amsterdam: IOS Press; 1998. p. 324-43.
37. 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 07/Fev/2005).
38. 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.
39. União Europeia. Cartão Europeu de Seguro Doença. <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt/cha/c10619.htm> (acessado em 07/Fev/2005).
40. 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. 249-58.
41. Nickless J. Smiths/Peerbooms: clarification of Kohll and Decker? Eurohealth 2001; 7:7-10.
42. Wismar M. ECJ in the driving seat on health policy but what's the destination? Eurohealth 2001; 7:5-6.
43. Byrne D. Public health in the European Union: breaking down barriers. Eurohealth 2001; 7:2-4.
44. Coheur A. Integrating care in the border regions an analysis of the Euregio projects. Eurohealth 2001; 7:10-12.

45. Ciccolella PJ. O capitalismo histórico: entre o protecionismo e a integração em blocos econômicos. In: Lavinias L, Carleial LMF, Nabuco MR, organizadores. Integração, região e regionalismo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1994:43-53.
46. União Européia. Política regional: introdução. <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt/lvb/g24000.htm> (acessado em 07/Fev/2005).

CAPÍTULO 2

LOS TEMAS DE SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA: SU IMPACTO EN LA SANIDAD ESPAÑOLA¹²

Luisa Guimarães
José-Manuel Freire¹³

HEALTH POLICY IN THE EUROPEAN UNION: IMPACT ON THE SPANISH HEALTH SYSTEM

ABSTRACT

This text reviews the impact of European integration on the health sector (public health and health services) by studying European Union (EU) institutions, functioning, and responsibilities through the literature, documents, and authors' observations. The EU does not have direct health responsibilities, but Community legislation has important repercussions on all member states' health policies. This influence affects health protection issues, consumer safety, regulation of medicines and medical devices, mutual recognition of professional qualifications, freedom of movement for health professionals and patients, public contracts and bidding, research, etc. The evolution of EU health policy shows a progressive reinforcement of responsibilities consistent with the objective of reaching a high level of health protection, which in turn affects other European policies. The impact of European integration on the Spanish health system is analyzed as a case study, and key aspects and present and future challenges are highlighted. Lessons are also drawn for regional integration processes to foster equity and efficiency in health.

European Union; Health Policy; Health System.

¹² Publicado nos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S143-S154, 2007.

¹³ Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, jmfreire@isciii.es.

INTRODUCCIÓN

La Unión Europea (UE) es el resultado, único en la historia, de la integración pacífica de Estados soberanos a través de Tratados que transfieren competencias a una instancia supranacional, sin sustituir a los gobiernos nacionales¹. La construcción de la UE aporta un mensaje de paz y seguridad, de desarrollo económico con solidaridad y cohesión social, resumido en lo que se conoce como *modelo social europeo*.

En la UE la sanidad, en su doble dimensión –*salud pública y asistencia sanitaria*–, es competencia exclusiva de los Estados miembros (EM), y sin embargo, la legislación comunitaria ha tenido en ella un importante impacto. Por ello, su estudio es de gran interés para conocer e influir en su dinámica y aprovechar las lecciones que se puedan derivar para otros procesos de integración, como MERCOSUR.

Para comprender el impacto de la Unión en el sector salud es imprescindible una visión de conjunto de las instituciones, actores, competencias y mecanismos de funcionamiento, y del principio europeo de subsidiariedad, según el cual la intervención de la UE en ámbitos que no correspondan a su competencia se justifica cuando los EM no puedan alcanzar los objetivos previstos o cuando la acción se pueda cumplir mejor en el ámbito de la Unión.

La influencia de las directivas de la Unión en sanidad se manifiesta a través de tres grandes vías. La primera y más importante es el desarrollo del mercado interior que ampara y regula la libertad de movimiento dentro de la UE de personas, bienes, servicios y capital. El mercado interior ha tenido gran impacto en los estándares de protección de la salud y seguridad de los consumidores europeos, así como en sus servicios sanitarios a través de la regulación de medicamentos, aparatos médicos, contratación pública, homologación de títulos profesionales y, en menor medida, en la libertad de movimiento de pacientes y profesionales. La segunda vía es el mandato para proteger la salud pública y a los consumidores que hace del *alto nivel de protección de la salud* un objetivo comunitario. La tercera vía es la investigación biomédica que está recibiendo significativo impulso en la actualidad, pero que por su especificidad no será analizada aquí.

En este trabajo ofrece una visión general del impacto de la Unión en el sector salud a partir de revisiones bibliográficas, análisis de documentos, visitas a instituciones, observaciones coyunturales y experiencia de uno de los autores en la administración sanitaria española y en la UE. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a responsables de temas europeos en las administraciones sanitarias central y regional españolas y así como a académicos. El tema de interés ha sido analizar el proceso de integración europea, el funcionamiento de la UE y sus repercusiones en el sector sanitario, con la hipótesis de que el mercado interior europeo condiciona diversos aspectos de los sistemas sanitarios. El texto aborda en primer lugar el funcionamiento de UE a partir de los Tratados e instituciones; a continuación revisa los temas de salud en las políticas europeas, y el impacto en los sistemas sanitarios europeos de la libre circulación de bienes, servicios, personas y capitales. Posteriormente, como ilustración, se estudia el impacto de la integración europea en la sanidad española. Finalmente, se destacan algunas lecciones para protección de la salud y desarrollo equitativo y eficiente de los servicios sanitarios en procesos de integración transnacionales.

Durante los últimos años la Unión ha reforzado sus responsabilidades en salud pública tanto en los Tratados como en la Constitución Europea, en proceso de ratificación. Este refuerzo se manifiesta en importantes iniciativas como la *Estrategia Sanitaria Europea*, el sistema de alerta ante las amenazas sanitarias, la creación de varias Agencias relacionadas con la salud. Muchos EM están abordando reformas sectoriales en salud y ésta, en un sentido amplio, es objeto de un amplio abanico de políticas públicas relacionadas con iniciativas comunitarias, en áreas como medio ambiente, agricultura y alimentación, recursos humanos. Para España, con un sistema político y sanitario totalmente descentralizado en sus 17 Comunidades Autónomas (CCAA), la Unión impone al Gobierno central el doble desafío de negociar primero en las instituciones de la UE y que luego trasladar las políticas a las CCAA para su implementación.

Este texto ha sido parte del Programa de Doctorado en Salud Pública, línea de investigación Políticas y Sistemas de Salud en Perspectiva Comparada, de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud de Brasil.

LA UNIÓN EUROPEA

Desde el 1 de enero de 2007 la UE incluye veinticinco países, 460 millones de habitantes y cuatro millones de kilómetros cuadrados de superficie². Es el mercado más grande del mundo con libertad de circulación de personas, bienes, servicios y capitales. El Euro es una manifestación palpable de los logros de la Unión para la vida de los europeos y la economía mundial. Todavía “*Europa no es una patria consolidada y no se reacciona ante ella de la misma manera que ante la propia identidad*”(p.7)³; la ciudadanía europea no reemplaza la ciudadanía nacional, sino que la complementa; la Unión es, “*desde sus inicios, un proyecto con motivaciones y objetivos políticos que se ha ido concretando por la vía económica*” (p.7)³. Los EM siguen siendo naciones soberanas que comparten competencias, delegan poderes específicos a las instituciones comunitarias para actuar en el interés común. La UE es el resultado de sucesivos Tratados, firmados a partir de 1951, de la incorporación gradual de nuevos miembros^{1,4}, y del desarrollo institucional⁵ para cumplir los compromisos acordados y representar a los EM y a sus ciudadanos⁶, asimismo su construcción se *hace al caminar*⁷.

Las instituciones europeas deben actuar coordinadamente en un entorno en el que, si bien se comparten objetivos comunes, existen multitud de intereses en conflicto, que demandan procedimientos sofisticados y detallados de conciliación⁸. La toma de decisiones requiere la intervención de diferentes instancias y de una pluralidad de comités, grupos de trabajo y foros³. El balance entre lo nacional y lo comunitario es fundamental y se delimita por *competencias* y *principios* que equilibran el papel de las instituciones comunitarias. Las *competencias* de la Unión son clasificadas en *exclusivas* (política económica), *compartidas* (mercado interior) y de *apoyo* (coordinación y apoyo a las acciones de los miembros)⁹. El *principio de subsidiariedad* impone que la Unión sólo interviene cuando la acción comunitaria es más eficaz que la nacional y, el *principio de proporcionalidad* establece que las competencias, el contenido y la forma de la acción de la UE se basan en los objetivos del Tratado^{4,6,10,11}.

UNIÓN EUROPEA Y EL SECTOR SALUD

La complejidad de la arquitectura y funcionamiento comunitario tiene en la salud un observatorio especialmente interesante. Las Directivas europeas repercuten en la

sanidad de forma compleja y distinta para cada EM^{12,13}; de una forma directa y obligatoria en los temas de protección de la salud, y más indirectamente, pero con un gran impacto, a través de las políticas derivadas del Mercado interior.

Aunque la Unión tiene un notable impacto en las políticas sanitarias de los EM, los servicios de salud son competencia exclusiva de los EM, y en modo alguno se contempla la armonización comunitaria de los sistemas o seguros de salud¹⁴, tanto por la diversidad y complejidad sectorial de la sanidad en los EM, como por el temor a que signifique más regulación o pérdida de estándares alcanzados¹⁴.

LOS TEMAS DE SALUD EN LOS TRATADOS

Los Tratados, centrados en aspectos económicos y políticos, incluyen sin embargo temas generales de protección de la salud. La Salud Pública como competencia comunitaria aparece por primera vez en 1992, en el Tratado de Maastricht¹⁵ (Art. 129-129A). En 1997, el Tratado de Ámsterdam¹⁶ (Art. 3 y 152) refuerza la implicación comunitaria en Salud Pública, estableciendo que debe asegurarse *un alto nivel de protección a la salud* en la definición e implementación de todas las políticas y actividades que puedan influir en la salud. En 2000, la *Estrategia de Lisboa* refleja la decisión del *Consejo Europeo* de renovar la meta europea del crecimiento económico sostenible con cohesión social, siendo la salud objeto de interés específico por considerarse que tiene impacto positivo en el crecimiento económico^{17,18}.

Dada la responsabilidad exclusiva de los Estados en la organización y financiación sanitaria, para garantizar la protección a la salud la Unión interviene sólo a través de los mecanismos del Mercado interior, en aquellos temas de salud pública que traspasan las fronteras de los Estados¹⁵. La *Comisión Europea*, bajo el *principio de subsidiariedad*, legisla y vigila el cumplimiento por los EM de las Directivas comunitarias para garantizar tanto la protección de la salud en el Mercado interior, como para hacer efectiva la libertad de circulación.

LOS TEMAS DE SALUD EN LAS INSTITUCIONES EUROPEAS

Dentro de la Comisión Europea no existe un equivalente a los ministerios de salud de los EM y los temas de salud son abordados por varias Direcciones Generales, sin

embargo existe una *Dirección General de Salud Pública y Protección de los Consumidores* (DG Sanco) que focaliza los temas de salud dentro de la Comisión. Está organizada en tres áreas: (i) seguridad alimentaria (producción, procesamiento y venta de alimentos, salud animal y fitosanidad); (ii) protección de los consumidores (riesgos sanitarios, seguridad de productos y servicios, promoción de la salud y seguridad en las políticas europeas), y (iii) Salud Pública (indicadores sanitarios, determinantes de salud, comités científicos y enfermedades)¹⁹.

Para garantizar el alto nivel de protección de la salud que exigen los Tratados, la DG Sanco ha integrado las acciones de protección y promoción de la salud en la *Estrategia Sanitaria Europea*, movilizándolo y coordinando las actividades de los gobiernos europeos, instituciones y organizaciones profesionales apoyando, por ejemplo, iniciativas e investigaciones¹⁹ sobre movilidad de pacientes, atención médica transfronteriza, movimiento de profesionales, centros de referencia, evaluación de tecnologías, información, sistemas sanitarios, seguridad de los pacientes²⁰. Además, se han creado en la UE siete Agencias relacionadas con temas de salud⁶. Por su parte, la participación social cuenta con en el *Foro de Política de Salud de la Unión Europea*, un organismo consultivo, vinculado a DG Sanco, integrado por representantes no gubernamentales y empresariales.

SALUD PÚBLICA: PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA

Los programas y actividades desplegados por la DG Sanco dotan de visibilidad las políticas comunitarias de protección y promoción de la salud¹⁹⁻²¹, amplían el campo tradicional²² de la Salud Pública al incluir aspectos de cohesión social y medio ambiente, y el objetivo de reducir las desigualdades.

El desarrollo del mercado interior hace necesario que la Unión impulse y coordine activamente políticas de protección de la salud en un espacio en el que no existen ya fronteras para personas, bienes y servicios. Ello obliga a garantizar el *mismo alto nivel de protección a la salud en todos los Estados* a través de políticas de prevención de riesgos y promoción de condiciones y determinantes positivos para la salud, que son, a la vez, consecuencia y exigencias del propio mercado interior y de unas reglas de competencia que obligan a estándares comunes. Se exige un mismo alto nivel, común a toda la Unión, de seguridad e higiene en el trabajo para la protección de

la salud de los trabajadores, de protección del medio ambiente, de modo que la competencia esté basada en innovación, productividad y calidad, pero no en bajos costes por deficiente seguridad en el trabajo, contaminación ambiental o riesgo para los consumidores. Los productos alimenticios constituyen un ejemplo obvio y especialmente importante de la necesidad de garantizar estándares comunes de protección de la salud de los consumidores en productos que se pueden mover libremente por toda la UE. De este modo, la protección de la salud se ha ido desarrollando en paralelo a la construcción del Mercado interior común y sus reglas de competencia¹⁴.

SISTEMAS DE SALUD DE LOS ESTADOS MIEMBROS Y MERCADO

INTERIOR

Los EM comparten objetivos de universalidad y de solidaridad en sus sistemas de protección social, a pesar de los distintos formatos políticos, financiación y organización de sus servicios. La Unión exige a los EM cumplir las reglas del mercado interior, y con las restricciones macroeconómicas impuestas por los límites al déficit público, lo cual implica conciliar objetivos, en ocasiones contradictorios, económicos y sociales^{23,24}. Si bien los EM tienen todas las competencias sobre sus servicios sanitarios, el mercado interior exige que el acceso a los servicios sanitarios no sea un obstáculo a la movilidad de ciudadanos, trabajadores y profesionales dentro de la UE²⁵.

El impacto del proceso de integración europea en los sistemas sanitarios de los EM varía según sus sistemas de financiación y organización, pero es una realidad que afecta a todos países y sistemas^{12,21,26}. El mercado interior, ha tenido importantes repercusiones tanto en la salud pública como en los servicios sanitarios^{1,12-14,21}. Estas repercusiones se manifiestan, entre otros aspectos, a través de la obligada transposición de la normativa europea, en los derechos individuales de los consumidores en relación a la protección de la salud pública, en los estándares comunes de seguridad alimentaria y de medio ambiente, en realidad de la movilidad de profesionales sanitarios, en la regulación de equipos médicos y medicamentos, en reglas para la contratación pública, y en garantías de prestación sanitaria a turistas y trabajadores comunitarios.

Medio siglo de transformaciones e integración en Europa muestran que el bienestar derivado del modelo europeo de protección social^{23,24,27} posee poderosos lazos estabilizadores. En sanidad, ajustándose al *principio de subsidiariedad*, la Unión ha promovido estándares comunes, incentivando la protección a la salud y la conciliación de los objetivos de los sistemas sanitarios nacionales con el modelo social europeo y el mercado común interno. Aunque de forma no homogénea²⁸, los servicios de salud han logrado en la UE su universalidad, un alto nivel de equidad en el acceso y el aumento progresivo del peso de los impuestos generales en su financiación²³.

LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA UNIÓN EUROPEA

Europa es la cuna del Estado de Bienestar, uno de cuyos pilares son los servicios sanitarios, presentan gran diversidad entre sí^{24,27,29}, aunque con patrones comunes de financiación pública y cobertura universal. En la UE se pueden distinguir dos grandes grupos de sistemas sanitarios: los sistemas de *Seguridad Social* y los sistemas tipo *Servicio Nacional de Salud (SNS)*, atendiendo al origen de su financiación^{24,30}. Por sus características, los sistemas tipo SNS, por ser públicos integrados, son los que presentan mayores problemas para la libre circulación de pacientes dentro de la UE; por el contrario, los sistemas de Seguridad Social, en los que el asegurador-financiador está diferenciado de los proveedores, se prestan más al cruce de fronteras nacionales para recibir atención médica.

A pesar de la solidez del *modelo social europeo*, la dinámica de la economía de mercado presiona continuamente para la revisión de las reglas de juego, en un delicado equilibrio entre protección social y crecimiento económico, como refleja la *Estrategia de Lisboa*^{14,17}. En esta arena político-económica, las tensiones para que los Estados mantengan servicios universales, solidarios y políticas públicas saludables pueden llevar a ceder terreno a las exigencias de una mayor competitividad de la economía europea¹⁴, un dilema muy actual^{18,22}.

EL LIBRE MOVIMIENTO DE BIENES, SERVICIOS Y CAPITAL EN SALUD EN EL MERCADO INTERIOR

Los bienes, servicios y capital relacionados con la salud representan un sector que moviliza el 15% de las actividades económicas europeas, un monto significativo de recursos²⁶. Los servicios médicos han sido retirados por el Parlamento Europeo de la

Directiva sobre libre circulación servicios en la UE, reconociendo su carácter nacional y su difícil encaje en el mercado.

Sin embargo, muchas otras directivas afectan plenamente al sector salud, entre ellas, la Directiva sobre contratación pública que obliga a publicitar, a nivel europeo, compras y obras por encima de una cierta cuantía. Ello contribuye a la transparencia, objetividad, a ampliar el mercado y la competitividad. Sin embargo, también aumenta la burocracia y el tiempo de los procesos, favoreciendo a las grandes corporaciones y exigiendo importantes adaptaciones sectoriales^{12,21}.

La UE tiene un papel determinante en dos importantes bienes sanitarios: aparatos médicos y medicinas. Los aparatos médicos constituyen un sector de gran importancia económica, tecnológica y sanitaria que abarca cerca de ocho mil productos. La regulación europea, muy apoyada por la industria, pretende garantizar calidad y seguridad, establecer estándares comunes que amplíen el mercado y favorezcan la libertad de circulación y la competencia.

Los medicamentos son uno de los sectores más regulados por la UE, que legisla desde la protección de patentes a las condiciones para la aprobación, distribución y publicidad de las medicinas, aunque los precios sin embargo son responsabilidad de los EM. Para hacer operativa la política de la UE productos farmacéuticos, se creó la *Agencia Europea de Medicamentos* (EMA), responsable de la protección y promoción de la salud pública y animal, mediante evaluación y supervisión de los medicamentos de uso humano y veterinario³¹. La EMA coordina las Agencias de Medicamentos de los EM, facilita la comunicación sobre reacciones adversas, ensayos clínicos y el acceso compartido a bases de datos de medicamentos. Además, gestiona la aprobación centralizada de medicamentos, generando, a partir de una única solicitud, una autorización válida para toda la Unión, correspondiendo luego a cada Estado autorizar su comercialización y precio en su territorio.

EL LIBRE MOVIMIENTO DE PERSONAS EN EL MERCADO INTERIOR: TRABAJADOR, PACIENTE, TURISTA Y PROFESIONALES SANITARIOS

Los reglamentos comunitarios buscan, al favorecer la libre circulación de personas, garantizar los derechos sociales adquiridos, eliminar barreras territoriales y regular la competencia entre Estados. En consecuencia, el trabajador que se desplaza tiene sus

derechos de seguridad social –períodos y cuantías de cotización– asegurados. Las pensiones contributivas, por accidente de trabajo y enfermedad profesional y los subsidios por defunción se podrán percibir en cualquier EM, abonando el Estado de residencia las prestaciones directamente al beneficiario. Para ello, existen acuerdos europeos de intercambio electrónico de datos de seguridad social y procedimientos administrativos de adquisición, concesión y pago de derechos a los trabajadores³².

El acceso a los servicios sanitarios es garantizado por formularios específicos y por la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) que acredita la portabilidad de derechos en salud durante los desplazamientos por Europa en estancias temporales en igualdad de condiciones con los nacionales¹. Sin embargo, la TSE no es válida si el motivo del desplazamiento es recibir tratamiento médico; en este caso se necesita una autorización específica previa del Estado donde el ciudadano está asegurado^{1,32,33}.

La búsqueda de servicios sanitarios en otro Estado ha sido objeto de varias sentencias del Tribunal de Justicia Europeo¹ que favorecen, con ciertas condiciones, el derecho de los pacientes a buscar atención médica en otros EM, y reconocen que los Estados son libres para organizar la planificación, organización y financiamiento de sus servicios sanitarios. Las reglas de acceso, en cuanto *barreras* a la libertad de circulación de bienes y servicios de salud se justifican para proteger la sostenibilidad y equidad de los sistemas sanitarios nacionales. No obstante, el Tribunal ha sentenciado que no se puede negar permiso para el tratamiento en otro Estado si existe indicación médica según *criterios internacionales*, aunque no sea *normal* en el país de origen, y tampoco si en el país de origen el tratamiento es proporcionado con *retraso indebido*³²⁻³⁴. Las incertidumbres que esta situación provoca han llevado a la Comisión a publicar a finales de 2006 un Documento de Consulta para clarificar la normativa existente sobre atención médica transfronteriza y explorar vías de cooperación entre los sistemas sanitarios de los EM³⁵.

Por último, el mercado interior, con el reconocimiento mutuo de títulos académicos, ha suprimido de hecho las fronteras internas para los profesionales europeos, incluidas todas las profesiones sanitarias (medicina y sus especialidades, enfermería, odontología, farmacia, y otras). A pesar de que ello, y aunque persisten desequilibrios en los EM entre oferta-demanda de distintas profesiones sanitarias, así

como en rentas y condiciones de trabajo, el movimiento de profesionales es todavía marginal³⁶, pero es un factor que tendrá una importancia creciente en para el mercado de trabajo sanitario en toda la UE.

IMPACTO DE LA UE EN LA SANIDAD ESPAÑOLA

España ingresó en la UE en 1986. Desde entonces ha experimentado un salto cualitativo con grandes transformaciones y avances en su economía, infraestructuras y en el desarrollo de sus regiones más atrasadas, siendo en la actualidad la octava economía mundial. La pertenencia a la UE ha sido un factor de gran importancia para este progreso, tanto por los intangibles de confianza y estabilidad de todo tipo aportados por la pertenencia a la Unión, como por haber sido uno de los Estados que más Fondos de Cohesión ha recibido de la UE⁸.

Tras la Constitución de 1978³⁷ España adopta la forma política de monarquía parlamentaria, con un Estado formado por diecisiete Comunidades Autónomas (CCAA), que en la práctica hacen de España un país federal. Aunque los gobiernos regionales europeos no participan directamente en las instituciones de la UE^{38,39}, de la cual son miembros exclusivamente los Estados, existe una presión creciente y un ambiente favorable a incorporar la visión e intereses de las regiones europeas, a la conformación de las voluntades nacionales dentro de la UE.

En mismo de año de ingreso en la UE, 1986, durante la primera legislatura socialista, se aprobó la Ley General de Sanidad (LGS, Ley 14/1986)⁴⁰. Ésta creó el Sistema Nacional de Salud (SNS)⁴¹, tomando como base la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social⁴², consolidando en España un modelo sanitario tipo Servicio Nacional de Salud. El SNS, definido en la LGS como *el conjunto de los servicios de salud de las CCAA y del Estado*, se caracteriza por su universalidad *de facto*, atención integral a la población, mayoritariamente con medios públicos, financiación por impuestos y gestión descentralizada en las diecisiete CCAA.

El Gobierno Central y las CCAA comparten responsabilidades⁴¹ en los temas de salud: el Gobierno central tiene competencias exclusivas sobre las bases y coordinación general del SNS, sanidad exterior, relaciones y acuerdos internacionales y legislación, medicamentos, formación sanitaria especializada, sistema de información y Alta

Inspección. Las CCAA tienen competencias en Salud Pública, planificación sanitaria y asistencia sanitaria al haber asumido todas ellas la gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. En España los Municipios no tienen responsabilidad alguna en la gestión de los servicios sanitarios públicos, sin embargo, tienen papel importante de salud pública (saneamiento, medio ambiente, higiene y seguridad alimentaria)^{43,44}.

La transposición de reglamentos europeos al ordenamiento interno fue particularmente intensa entre 1992-1994, referente a la libre circulación de bienes sanitarios (medicamentos y aparatos médicos) y no sanitarios (fundamentalmente alimentos) y de personas (profesionales y ciudadanos comunitarios). Es importante resaltar que el mayor impacto sanitario de la integración de España en la UE ha tenido lugar en los temas directa o indirectamente relacionados con la protección de la salud y la seguridad de los consumidores. Es en los temas de Salud Pública donde la UE ha tenido un mayor desarrollo normativo y es la coordinación de estas políticas la que ha requerido un mayor esfuerzo por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública, y por parte del Ministerio de Agricultura, co-responsable en temas de seguridad e higiene alimentaria y de sanidad veterinaria, cuya importancia mostró la crisis de las *vacas locas*.

La normativa europea a ha modificado la formación de médicos, dentistas, enfermeros y otros profesionales; así, a partir del 1 de enero de 1995, en cumplimiento de la Directiva 86/457/CEE, es obligatoria la formación reglada de postgrado (residencia) para ejercer la medicina en Atención Primaria. Igualmente, ha habido que adaptar las directivas europeas aspectos como el tiempo máximo de trabajo, una medida con importantes repercusiones en la organización de la atención continuada de los servicios sanitarios.

El libre movimiento de profesionales sanitarios en la UE está teniendo también cierto impacto en el SNS; numéricamente todavía no es muy importante, pero apunta un notable potencial de incremento. Dados los diferenciales de renta y condiciones de trabajo existentes entre España y otros EM, son los profesionales sanitarios españoles (médicos, enfermeras) los que tienden a emigrar a otros países de la UE, como Reino Unido, Portugal, Suecia. Al mismo tiempo empieza a hacerse evidente escasez de profesionales sanitarios en ciertas especialidades y partes de España que, de momento,

es cubierta con la importación de profesionales de América Latina y de los nuevos países del Este de la UE.

La contratación pública de bienes y servicios en el sistema sanitario debió igualmente adaptarse a las normas comunitarias de transparencia y competencia. Ello requirió nueva legislación específica nacional, con importante impacto en un área compleja en la que frecuentemente los concursos deben ser de ámbito comunitario europeo por la cuantía de los recursos implicados en sus compras u obras.

Una gran parte de las reformas habidas en política de medicamentos deriva de la pertenencia a la Unión: actualización de los procedimientos de autorización y reconocimiento del derecho de patente de producto, y la creación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en 1997. Es importante señalar que en España, hasta el 1986, no se requería demostración de la eficacia basada en ensayos clínicos para autorizar un medicamento, sino solo su seguridad y calidad⁴⁵; no existía patente de producto –*la que prohíbe su fabricación y comercialización a los laboratorios que tengan la patente*–, sino sólo de procedimiento –*se prohibía la fabricación y comercialización de un producto por un procedimiento ya patentado, pero no por cualquier otro proceso que implicara una mínima variación del procedimiento*–. La patente de producto quedó protegida a partir de 1992, por legislación nacional de 1986, con una duración de veinte años a partir de la fecha de solicitud, más cinco años adicionales con el establecimiento del *certificado complementario de protección de la patente*³¹. No obstante, la fijación de precios y la financiación de medicamentos siguen siendo responsabilidades del Ministerio de Sanidad y Consumo^{31,46}. El alto peso económico de los medicamentos en el SNS español es un buen indicador del gran impacto que la regulación europea ha tenido en la sanidad del país.

El ingreso en la Unión ha tenido también impacto en la demanda por servicios sanitarios por parte de ciudadanos comunitarios^{21,32}, obligando a regular la cobertura sanitaria de pacientes comunitarios dentro de España^{13,21}. España es uno de los principales destinos turísticos mundiales –*más de 40 millones/año, la mayoría europeos*–; *su clima atrae a los pensionistas de otros EM*, e incluso es uno de los destinos preferidos del Programa Erasmus de intercambio universitarios. La percepción

positiva que existe sobre el SNS español, que ofrece seguridad ante la enfermedad y accidentes, es sin duda uno de los factores que contribuye a este atractivo de España¹³.

En cumplimiento al derecho europeo, los comunitarios acceden al SNS en igualdad de condiciones con los nacionales. Los Hospitales y Centros de Salud remiten información sobre la atención prestada a ciudadanos comunitarios a los Servicios de Salud de las CCAA y éstos al Instituto Nacional de Seguridad Social, el cual una vez realizadas las compensaciones por los gastos ocasionados por españoles en otros EM, gestiona los pagos correspondientes cada CCAA³².

Los pacientes comunitarios del SNS español se pueden agrupar en tres grupos: (1) visitantes de corta duración (turistas, ejecutivos o estudiantes), (2) residentes (jubilados) y (3) personas que viven en las fronteras o cerca de estas^{32,33}. Los servicios de urgencia son los más solicitados por los turistas, mientras que los residentes presentan demandas semejantes a los nacionales. Los residentes que tienen España como segunda residencia pueden bien utilizar la TSE para cortas estancias, o empadronarse como residentes y utilizar la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) del SNS. No obstante, algunos residentes, al no empadronarse y regularizar su situación sanitaria forman una población flotante difícil de conocer.

Por otro lado, en los territorios fronterizos de España con Francia y Portugal existen diversos acuerdos sanitarios. Así, en la frontera franco-española se ha creado un hospital que sirve poblaciones de ambos lados, Hospital Transfronterizo de la Cerdanya, y en la frontera hispano-portuguesa la Comunidad Autónoma de Extremadura y las autoridades sanitarias de Portugal tienen un Acuerdo para atender en España a ciudadanos de ciudades portuguesas fronterizas. Ambos programas cuentan con el apoyo de fondos europeos.

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EUROPEA Y EL SECTOR SALUD: LECCIONES DE LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA.

La UE tiene un impacto real en la vida de sus ciudadanos. La pertenencia a la UE ha supuesto una auténtica revolución para decenas de millones de europeos, especialmente los del Oeste (España y Portugal) y Este de Europa, países que recibieron un nuevo impulso a sus democracias recientes, que vieron caer fronteras de siglos por las que

ahora circulan libremente bienes y personas, haciendo posible, entre otras cosas, que cientos de miles de jóvenes pueden estudiar con el Programa Erasmus en cualquier país de la Unión. La ubicuidad de la legislación de origen comunitario en la vida diaria y el Euro como moneda común son dos de los signos más visibles de la UE en la vida de todos los europeos.

Sin duda alguna la UE está viviendo un periodo de incertidumbres tras el estancamiento de la Constitución Europea, las discrepancias internas sobre las fronteras y el futuro de la Unión, así como su papel en el mundo actual. Ante ello es bueno recordar la famosa frase de Jacques Delors *Europa se construye a golpe de crisis*. En este sentido la Unión se enfrenta a retos importantes y difíciles, pero la UE misma no está en cuestión como modelo de integración que se sostiene en una comunidad de intereses y valores compartidos, entre los que destacan, derechos humanos, libertad, igualdad, democracia, justicia social.

Uno de sus desafíos más importantes de la UE es seguir avanzando en competitividad y crecimiento económico, asumir el reto de protección del medio ambiente, al tiempo que incrementa la protección y cohesión social dentro de cada Estado y en el conjunto de la Unión –que cuenta para ello con un importante presupuesto. El *modelo social europeo* puede ser considerado como del denominador común de los valores y características compartidos por el conjunto de los Estados de Bienestar de cada uno de los EM de la UE. Es una de las señas de identidad de la Unión, pero también un punto de tensión entre los que desean una Europa más social y política, y los que ponen el acento en la competitividad y crecimiento económico, enfatizando más el objetivo de un mercado sin fronteras que un proyecto de integración político y social. El rechazo a la Constitución Europea en Francia y Holanda, es todo un signo de distanciamiento entre algunos ciudadanos y el proyecto europeo, así como de las dificultades y retos de la integración europea.

El proceso de integración europeo ha sido muy gradual y en gran medida se ha ido haciendo camino al andar. En este proceso, los temas de salud no han sido nunca centrales ni prioritarios; se han ido incorporando a los Tratados a medida que avanzaba el mercado interior, cada vez con más peso en la agenda comunitaria. Como era de esperar, los temas de salud tienden ser más importantes según avanza el proceso de

integración y la movilidad dentro de la UE. Por otro lado, en los últimos años, especialmente a partir de la crisis de las *vacas locas*, las crisis internacionales de salud pública (amenaza de la gripe aviar) han contribuido a reforzar en la UE la construcción de un sistema de Salud Pública, respaldado por Agencias específicas.

A pesar del principio de subsidiariedad, los temas de salud ganan relevancia en la agenda europea, de modo que no solo la protección de la salud, sino también su promoción están entrando de lleno en las actividades de la Comisión y del Parlamento. Por su parte, la Agenda de Lisboa reconoce el papel de la buena salud como factor de desarrollo económico y el sector salud adquiere relevancia como de los sectores más dinámicos de la Unión, no solo por su contribución a la salud y bienestar colectivos, sino por el empleo que genera, su papel en la innovación y desarrollo tecnológicos. Por todo ello, la investigación biomédica básica y aplicada, la industria farmacéutica y de aparatos médicos, las tecnologías de la información vinculadas a la sanidad constituyen líneas de actividad prioritaria de la UE.

Es importante destacar en las conclusiones de esta revisión que los temas de salud pública, vinculados directa o indirectamente a la protección de la salud y la seguridad de los consumidores, son el aspecto más relevante relacionado con la salud en la UE. Ello es en primer lugar una consecuencia directa en un contexto democrático de la lógica del mercado común interior y de las reglas de la competencia, pero también de la voluntad política de garantizar a todos los ciudadanos de la Unión por igual *un alto nivel de protección de la salud*.

Esta es quizá la lección más importante en relación a la salud para otros procesos de integración regional: es obligado que los ciudadanos de un espacio económico común tengan iguales garantías de seguridad y protección a la salud respecto a los productos (industriales, alimenticios, medicamentos, juguetes) en circulación en el mismo, que existan estándares comunes obligatorios de seguridad e higiene en el trabajo, así como en relación al medioambiente.

Por todo ello, lo fundamental en la construcción de una Europa de la salud ha sido la puesta en marcha de un sistema de salud pública, de garantías de protección a la salud y seguridad para los consumidores y usuarios de todo tipo productos en el mercado interior común. Este ha sido uno de los principales esfuerzos regulatorios de la

UE, e incluye la protección del medio ambiente y de la seguridad e higiene en el trabajo, que es imprescindible para que la competencia y libre mercado interior estén basados en calidad, innovación y precio, no en bajos niveles de higiene y seguridad de los trabajadores o en la degradación medioambiental. Establecer los correspondientes estándares, evaluar viejos y nuevos riesgos, regular todos aquellos sectores que pueden afectar a la seguridad y salud y vigilar la implementación de las normas es una tarea permanente de la Comisión. En los últimos años, esta dinámica ha llevado al análisis sistemático de las implicaciones para la salud de todas las políticas de la Unión. En este sentido el proceso de integración –que no es únicamente la adhesión de un Estado a la Unión, sino la evolución de la propia Unión– actúa como un motor de desarrollo de políticas y estándares protección a la salud y al medio ambiente.

Desde este punto de vista, una parte importante del impacto de la UE en los servicios sanitarios de los EM a través de la regulación del mercado interior puede ser visto como una extensión de las políticas de protección de la salud y seguridad de los consumidores. No otro es el objetivo último de la regulación de medicamentos y aparatos médicos o de la homologación de las titulaciones profesionales del personal sanitario, cuyo impacto hemos visto en el caso español.

En España, el efecto positivo de la regulación europea se ha notado especialmente en la mejor de la protección de la salud: higiene y seguridad alimentaría, medio ambiente, seguridad e higiene en el trabajo, normas de seguridad de equipos y bienes de consumo. Como se ha señalado, en los servicios sanitarios la normativa europea impregna toda la legislación sobre medicamentos, aparatos médicos, formación de profesionales y contratación de bienes y servicios. Desde otra perspectiva más indirecta –pero no poco importante– la sanidad pública española y los indicadores de salud de la población, se han beneficiado los efectos positivos de la integración en la UE derivados del crecimiento económico sostenido, de la estabilidad macroeconómica, de la cohesión social y de la consolidación de la institucionalización política.

En el ámbito interno, es interesante señalar que siendo la salud pública constitucionalmente competencia de las CCAA y gestionando éstas los servicios sanitarios, el Gobierno central se encuentra en un papel de intermediario entre las instituciones de la UE y los Gobiernos de las CCAA. De ahí la demanda de que las

CCAA participen en la formación de la voluntad de España en la UE en estas materias que les afectan. Para ello se han encontrado fórmulas de presencia y participación de las CCAA en las delegaciones españolas ante la UE, muy similares a las existentes en Alemania. Esta problemática podría ser muy similar en los Estados federales del MERCOSUR.

En relación con la conformación de la voluntad europea manifestada en las Directivas es importante señalar que éstas son el resultado de un complejo proceso técnico-político al que los EM contribuyen decisivamente a través de las Representaciones Permanentes ante la Comisión, en el Consejo y en diversos Comités. En este proceso parten con ventaja para defender sus posiciones e intereses aquellos EM que cuentan con la ventaja competitiva de una administración profesionalizada y estable. Este es un aspecto en el que existen grandes diferencias entre los EM de la UE, donde los altos cargos de los países del sur cambian con el ciclo político, en contraste con los del norte. Este hecho coloca a aquellos en desventaja en las negociaciones internas dentro de la UE. Esta desventaja comparativa deriva tanto de los funcionarios que periódicamente llegan nuevos a un mundo que desconocen, como de la ineficiencia de una administración pública no profesionalizada, basada en la ocupación político-partidaria de sus altos cargos. Esta es una lección de gran importancia, tanto por su impacto en los escenarios supra estatales como, sobre todo, por las consecuencias negativas administraciones públicas alejadas de las prácticas del buen gobierno.

Por último, hemos visto que proceso de integración desde la UE y desde España no ha sido, y no es, un proyecto sin problemas o con problemas menores. Sin embargo, no cabe la menor duda que la economía, la cohesión y protección social, la democracia, la salud pública y los servicios sanitarios que tendrían dificultades mucho mayores y mucho menos susceptibles de solución si la UE no existiera.

RESUMO

El texto revisa el impacto de la integración europea en el sector salud (salud pública y servicios sanitarios), estudiando instituciones, funcionamiento y competencias de la Unión Europea (UE), a partir de literatura, documentos y observaciones coyunturales. La UE no tiene competencias directas en salud, pero su legislación ejerce importante impacto en las políticas sanitarias de todos los Estados Miembros. Esta influencia se manifiesta en la protección de la salud y seguridad de los consumidores, regulación de medicamentos y aparatos médicos, homologación de títulos profesionales, libertad de movimiento de profesionales y pacientes, compras y contratación, e investigación biomédica. Estudiando la evolución de la política de salud en la UE se constata un refuerzo progresivo de sus políticas sanitarias y que el objetivo de alcanzar un alto nivel de protección de la salud, tiene importantes implicaciones en todas las políticas europeas. Tomando como caso de estudio las repercusiones de la integración europea en el sistema sanitario español, se destacan sus aspectos más influyentes, retos actuales y perspectivas, así como lecciones para que procesos de integración regional sean factores de equidad y eficiencia en salud.

Unión Europea; Políticas de Salud; Sistemas de Salud.

CORRESPONDÊNCIA

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil, 4.036, sala 1.001, Rio de Janeiro, RJ, 21040-361, Brasil, luisa.guimaraes@solar.com.br.

COLABORADORES

L. Guimarães y JM Freire comparten la autoría del artículo en la concepción, estructura, búsqueda de fuentes de referencias y análisis para la construcción del texto, y en la aprobación final para la publicación. L. Guimarães ha preparado una primera versión del texto, posteriormente revisada y elaborada conjuntamente por los dos autores.

AGRADECIMIENTOS

El artículo ha sido producido durante el Programa de Pasantía en el Exterior, de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior, realizado en la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III, España (ENS/ISCIII/MSC).

L. Guimaraes es becaria del *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq) y de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (Capes) y funcionaria del *Ministério da Saúde* de Brasil.

REFERENCIAS

1. Guimaraes L, Giovanella L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interior europeu no acesso aos serviços de saúde. CSP 2006 22(9):1795-1807.
2. Comisión Europea. Eurostat: Population et conditions sociales. <http://www.eu.int/comm/eurostat>, (consultado 24/May/2006).
3. Baron Crespo E. Europa en el Alba de Milenio. Madrid: Acento Editorial;1994.
4. Comisión Europea. El ABC del Derecho Comunitario. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2000.
5. Comisión Europea. Instituciones y otros órganos de la Unión Europea. Instituciones de la UE. http://europa.eu/institutions/inst/index_es.htm, (consultado 19/Jul/2006).
6. Comisión Europea. El funcionamiento de la Unión Europea. Guía del ciudadano sobre las instituciones de la Unión Europea. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2003.
7. Mansito F. Sobre la integración europea. Se hace camino al andar. ICE, Jul-Ago 2006. N.º 831:17-29. <http://www.revistasice.com/Estudios/Documen/ice/831/ICE8310105.pdf>, (consultado 8/Feb/2006).
8. Comisión Europea. Al servicio del ciudadano europeo. Como trabaja la Comisión Europea. Serie Europa en movimiento. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2003.
9. Comisión Europea. Los procedimientos decisorios de la Unión. El principio de subsidiariedad y el cometido de los parlamentos nacionales. http://europa.eu/scadplus/constitution/subsidiarity_es.htm, (consultado 16/Jul/2006).
10. Comisión Europea. Doce lecciones sobre Europa. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2003.
11. Comunidades Europeas. Una Constitución para Europa—constitución adoptada por Jefes de Estado o de Gobierno. Presentación a los ciudadanos. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2004.
12. Paton C, Berman PC, Busse R, Ong BN, Rehnberg C, Renck B, Nora Avilés NR, Silió Villamil F, Sundh M, Wismar M. The Europe union and health services: summary. In: Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002.p.1-13.
13. Silió Villamil F, Romo Avilés N, Prieto Rodríguez MA. The SEM and the Public Procurement of Goods and Services in the Andalusian Health Service. 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.179-211.
14. Koivusalo MT. The future of European health policies. Int J Health Serv 2005;35(2):325-42.
15. Comisión Europea. Tratado de la Unión Europea. Diario Oficial nº. C191 de 29 de julio de 1992. <http://europa.eu.int/eur-lex/lex/es/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>, (consultado 16/Jul/2006).
16. Comisión Europea. Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de La Unión Europea, Los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y

Determinados Actos Conexos. Diario Oficial nº. C340 de 10 de noviembre de 1997.<http://europa.eu.int/eur-lex/lex/es/treaties/dat/11997E/htm/11997E.html#0173010078> (consultado en 16/Jul/2006).

17. European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf, (consultado 04/Oct/2006).
18. Wismar M, Lahtinen E, Stahl T, Ollila E, Kimmo L. Introduction. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland's Ministry of Social Affairs and Health, 2006. <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subj/inter/eu2006/hiap/index.htm.i1153.pdf>, (consultado 08/Feb/2007).
19. Comisión Europea. DG Sanidad y Protección de los Consumidores. Salud pública. http://ec.europa.eu/health/index_es.htm, (consultado 31/May/2006).
20. Comisión Europea. Perspectiva de la política sanitaria. http://ec.europa.eu/comm/health/index_es.htm, (consultado 31/May/2006).
21. Villamil FS, Rodríguez MAP, Avilés NR. Impacto de las Políticas de la Unión Europea sobre los Sistemas Sanitarios. In: Cabasés JM, Villalbí JR, Airbar C, editores. Investir para la Salud. Prioridades en salud pública. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002, volumen II, p.343-76.
22. Noack RH. Whiter? Public health in a changing Europe.[Editorial].European Journal of Public Health 2005;15(5):442.
23. Condé EAS. Laços da Diversidade:a Europa Social e o *Welfare* em Movimento (1992-2002) [Tese de Doutorado].São Paulo:Instituto de Economia,Universidade Estadual de Campinas;2004.
24. Cabiedes L, Guillén A. ¿Hacia a la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? In: Moreno L, compilador. Unión Europea y Estado del Bienestar.Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Madrid, 1997;p.373-403.
25. McKee M. European health policy: where now?[Editorial].European Journal of Public Health 2005;15(6):557-8.
26. Wismar M, Busse R, Paton C, Silió Villamil F, Romo Avilés N, Prieto Rodríguez MA, Sundh M, Renck B. Transposition of European Directives into National Legislation.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;2002:49-59.
27. Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E. Choices in Health Policy—an agenda for the European Union. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Dartmouth Publishing Company Limited, England,1995.
28. Worz M, Foubister T, Busse R. Access to health care in the EU Member States. Euro Observer,8(2):1-4. http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver8_2.pdf (consultado 22/Sep/2006).
29. Hubel M, Price C. Action by the European Union on health inequalities. Eurohealth,2005;11(4):4-5.

30. Freire JM. El Sistema Sanitario Publico: perspectivas de futuro. In: Fernández García T, Marin Sánchez M, compilación. Estado de Bienestar y socialdemocracia: ideas para el debate. Alianza Editorial. Madrid,2001:129-78.
31. Iñesta García A. Políticas de medicamentos. In: Ramón Repullo Labrador J, Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Editora Ariel SA, 2005:131-161.
32. Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, Glinos IA. Patient mobility: context and issues. In: Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, editors. Patient Mobility in the European Union-learning from experience. The European Observatory on Health Systems and Policies.WHO,2006.Chapter1:1-7.
http://www.euro.who.int/Document/Obs/Patient_Mobility.pdf, (consultado 23/May/2006).
33. Rosenmoller M, Lluch M. Meeting the needs of long-term residents in Spain. In: Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, editors. Patient Mobility in the European Union-learning from experience. The European Observatory on Health Systems and Policies.WHO,2006.Chapter5:59-78.
http://www.euro.who.int/Document/Obs/Patient_Mobility.pdf, (consultado 23/May/2006).
34. 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;2002:213-30.
35. Comisión Europea. Consulta sobre la acción comunitaria en materia de servicios de salud. Bruselas,26.09.2006,SEC(2006)1195/4,Comunicación de la Comisión, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_es.htm, (consultado 08/Feb/2007).
36. 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.
37. Cortes Españolas. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. BOE 29/12/1978. http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/10499, (consultado en 08/Feb/2007).
38. Stuart AM. Regionalismo e democracia: o surgimento da dimensão subnacional na União Européia. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores.A dimensão subnacional e as relações internacionais.São Paulo:Edusc;2004.p.109-157.
39. Medeiros M de A. Unidades subnacionais e integração européia:o caso do comitê das regiões.In:Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores.A dimensão subnacional e as relações internacionais.São Paulo:Edusc;2004.p.159-177.
40. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril, Boletín Oficial del Estado (España) nº 102 (29/4/1986). www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_espa/1_014_1986.pdf, (consultado 16/Sep/2006).
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Madrid: Artes Gráficas Palermo;2006 <http://publicaciones.administracion.es/>, (consultado 15/May/2006).
42. Freire JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Sanidad: importancia y retos de la universalización y equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, , Oteo

Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Editora Ariel,2005:61-99.

43. Freire JM. La Atención Primaria de la Salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro Lopez V, coord. El Estado de Bienestar en España. Madrid:Tecnos;2004.p.239-291.
44. Guillén A, Cabiedes L. Towards a National Health Service in Spain: the search for equity and efficiency. *Journal of European Social Policy* 7(4):319-36.
45. Cabiedes L. Reformas recientes en el sector del medicamento en España. Terceras Jornadas Santafesinas y Segundas Federales Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe–1ª.Circunscripción. Octubre del 2004:169-195.
46. Otero O, Martín Moreno JM, Castellón E. El Sistema Sanitario Español y las Reformas en Europa. En: Saltman RB, Figueras J. Reformas sanitarias en Europa: análisis de las estrategias actuales. OMS,1997:343-66.Edición Ministerio de Sanidad y Consumo, España.

CAPÍTULO 3

INTEGRAÇÃO EUROPÉIA E ACORDOS FRONTEIRIÇOS EM SAÚDE NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA—ALENTEJO¹⁴

Luisa Guimarães
Vinicius Pawlowski Queiroz¹⁵

“Son los bebés de la raya, que renuevan y alargan con toda naturalidad la sólida costumbre de intercambio comercial, lingüístico, cultural, laboral, gastronómico, étlico, televisivo y sexual que preside las relaciones entre los dos lados de la raya desde hace mucho tiempo”.
Portugués nacido em Badajoz, Jornal El País, 2006.

ABSTRACT

The Europe, with a process of regional economic integration of more than 50 years, create strategies to solve problems similar to those with which the Mercosul should be come across, derived from structural differences and inequalities in access to benefits of integration with effects at economic integration process,. The present chapter describes from health perspectives, the main processes and institutions that give support to European Union, the effects of integration in health systems and the mechanisms used to develop the economic capacities in all territory to reduce inequalities, to support the economic and social cohesion. Analyzes the case of the Euro region of Extremadura - Alentejo - border between Spain an Portugal with information from visits, interviews with health managers of the two countries and information collected from documents and databases. This paper describes how the UE deals with problems and characteristics commons to process of regional and economic integration and also to Mercosul, as structural deficits and isolation of the border regions, by compromising European resources and focusing at projects to improve infrastructure, and to economic and social development aiming to reach and share the European standard of life and access to goods and consumption.

Regional and economic integration, Border agreements in health, economic and social cohesion, health at borders.

¹⁴ Integra publicação referente ao Seminário *MERCOSUL em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária*, promovido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

¹⁵ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Ministério da Saúde do Brasil, vinicius.queiroz@saude.gov.br.

INTRODUÇÃO

A União Européia (UE) é o processo mais antigo, profundo e consolidado de integração econômica regional, ainda que marcado por crises políticas e institucionais (Guimaraes L e Giovanella L, 2006). Embora apenas recentemente a saúde tenha alcançado relevância na agenda da integração, os acordos para a conformação do mercado interno europeu, construídos durante meio século, repercutiram nas políticas de saúde de modo intencional e não intencional (Paton et al, 2002; Wismar M, Busse R e Berman P, 2002). Ainda que não se vislumbre a convergência dos sistemas de saúde na Europa, a integração reafirma princípios de proteção social e construiu significativo escopo de consensos sobre saúde pública, o qual busca garantir o modelo social europeu e reduzir desigualdades (Hubel M e Price C, 2005), favorecendo a livre circulação de pessoas, bens, produtos, serviços e capital dentro do mercado interno. A partir de 2000, a saúde ganha relevância na integração européia quando as estratégias definem que em todas as políticas européias a saúde deve ser observada, de modo a antecipar efeitos setoriais e potencializá-la como fator de desenvolvimento e coesão econômica e social. Nesse capítulo, tratou-se por meio do estudo de experiência em curso, observar de que modo a UE e o processo de integração econômica regional influenciou na aproximação entre regiões fronteiriças para facilitar projetos de cooperação em saúde. O estudo da Euroregião de Extremadura—Alentejo analisa especificamente a experiência de cooperação em saúde na fronteira da UE.

A Euroregião de Extremadura—Alentejo vem ilustrar a realização de projetos construídos a partir de acordos locais de cooperação fronteiriços entre dois países no âmbito da saúde, com o apoio de recursos dos fundos estruturais europeus com vistas a favorecer a conformação do mercado interno e a coesão econômica e social. Entre Espanha e Portugal, e na UE em geral, as fronteiras são espaços territoriais menos avançados em decorrência de variados fatores, entre os quais o afastamento dos centros de decisão política e déficits estruturais. As regiões fronteiriças passam ao longo dos anos por processos de desemprego, emigração, envelhecimento, debilidades econômicas e estruturais que marginalizam as comunidades e comprometem suas capacidades de acessar vantagens do processo do crescimento econômico do próprio país e da integração econômica regional. Embora passem por processos semelhantes, barreiras jurídicas, políticas e culturais tradicionalmente impedem que comunidades vizinhas

contemplem semelhanças e oportunidades de cooperação entre si. A conformação do mercado interno europeu impôs a diluição das fronteiras, com a permanência dos limites territoriais de cada Estado-membro (EM) não mais como barreiras. Para alcançar o equilíbrio entre as regiões fronteiriças e as demais e, promover a coesão econômica e social em todo o mercado interno europeu é necessário fomentar o dinamismo econômico por meio de investimentos europeu. A Euroregião de Extremadura—Alentejo apresenta características econômicas e sociais associadas às baixas rendas, economias deficitárias e pouco dinâmicas, isolamento e deficiência de infra-estrutura. Com tal perfil, Extremadura e Alentejo enquadram-se para a alocação de recursos dos fundos europeus, com a finalidade de empreender projetos construídos a partir de acordos entre os atores locais.

Os temas abordados nesse capítulo centram-se na análise de que modo o processo de integração econômica regional europeia tem influído na cooperação entre os sistemas de saúde de cidades fronteiriças vizinhas, por meio da análise dos projetos desenvolvidos com fundos europeus, a partir de acordos entre os entes locais. O conteúdo origina-se de revisão bibliográfica, análise de documentos, visita de campo e entrevistas semi-estruturadas com responsáveis das administrações de saúde, assessores e técnicos dos governos regionais e central. Com vistas a oferecer visão do contexto da experiência estudada, optou-se por organizar o texto em duas partes: a primeira referente à construção da UE e de suas instituições de saúde e, a segunda específica sobre os acordos fronteiriços da Euroregião de Extremadura—Alentejo que subsidiam a formulação de projetos de cooperação em saúde financiados com fundos europeus. Assim, na primeira parte do capítulo, referente a UE foram revisados os tratados constitutivos, as instituições europeias e a saúde na agenda da UE de modo a descrever o contexto institucional de transformações das relações entre os EM na UE, onde as fronteiras perdem gradualmente a razão de ser e, a cooperação fronteiriça torna-se um eixo da construção do espaço europeu. Integram ainda a primeira parte, referências à *Estratégia de Lisboa* onde se introduziu a diretriz de *saúde em todas as políticas europeias* que orienta projetos de promoção da coesão econômica e social, incluindo investimentos regionais em saúde, com recursos dos fundos europeus.

A segunda parte desse capítulo centra-se na descrição do caso da Euroregião de Extremadura—Alentejo introduzindo breve síntese dos sistemas de saúde da Espanha e

de Portugal, perfil de características da fronteira, os projetos de saúde e análise de resultados alcançados. Finalmente, nas considerações finais discute-se à luz da experiência da Euroregião de Extremadura—Alentejo repercussões da integração econômica regional europeia em regiões fronteiriças. A ênfase recai sobre lições da cooperação em saúde entre sistemas e serviços distintos que preservam características de cada um, respeitam as responsabilidades compartilhadas entre instâncias governamentais e fundam na fronteira a confluência entre o supranacional, o nacional, o regional e local em prol da melhoria do acesso aos serviços sanitários pelas comunidades fronteiriças.

O tema é parte dos estudos sobre as repercussões de processos de integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde, desenvolvido no Programa de Doutorado em Saúde Pública, linha de investigação Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde do Brasil (ENSP/FIOCRUZ/MS). Versão preliminar foi apresentada no *Seminário MERCOSUL em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária*, promovido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas, do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado em setembro de 2006 na Cidade de Florianópolis em Santa Catarina.

PARTE I — A CONSTRUÇÃO DA UNIÃO EUROPÉIA E A SAÚDE

I. 1 INTEGRAÇÃO EUROPÉIA: DA INSTABILIDADE PÓS-GUERRA A UM PROJETO COMUM

A Europa dos anos 50, saída da Segunda Guerra, sofrendo os custos sociais e econômicos de um território fragmentado, tinha poucas alternativas. Seria preciso mais que iniciativas isoladas de reconstrução. Apenas um projeto comum que demonstrasse o empenho dos países em edificar mecanismos políticos, econômicos e sociais de redução de tensões poderia por fim aos conflitos no território devassado. A UE é, *desde sus inicios, un proyecto con motivaciones y objetivos políticos que se ha ido concretando por la vía económica* (Baron Crespo, 1994:7). A UE que se conhece na atualidade, ainda que não isenta de conflitos, representa a concretização gradual, em

meio século de existência, de uma imagem de paz, solidariedade e desenvolvimento social pela via da integração econômica regional e da formação de mercado interno comum. Na Europa do século XXI não existem fronteiras ou barreiras para a livre circulação de pessoas, produtos, serviços e capital. No aspecto social, os países compartilham proposta de *modelo social europeu* a qual incentiva a proteção e a participação social, a cooperação e a conciliação de objetivos dos sistemas sanitários nacionais com os europeus.

A base dos acordos entre os EM são os Tratados firmados e reformulados gradualmente, quando da incorporação de novos membros e para dotar as instituições de novos âmbitos de responsabilidades (Comisión Europea, 2000). Ainda que ao longo do tempo os acordos tenham aprofundado relações estáveis e cooperativas entre os EM, a UE não está isenta de oscilações ou crises e, ainda é considerada um projeto em construção (Mansito F, 2006).

I.1.1 OS TRATADOS DA UNIÃO EUROPÉIA

Os Tratados fundadores da UE foram assinados nos anos de 1950 e criaram sistema conjunto de tomada de decisão em temas energéticos e outros setores econômicos, relacionados à eclosão das guerras anteriores. Em 1951, em Paris, os seis países fundadores da UE —Alemanha, Bélgica, França, Holanda, Itália e Luxemburgo— assinam o *Tratado da Comunidade Européia do Carvão e do Aço* (ver Tabela 1). Em Roma, em 1957, os seis EM firmam o *Tratado da Comunidade Econômica Européia* e o *Tratado da Comunidade Européia de Energia Atômica*. Os três Tratados garantem acordo sobre a utilização de fontes energéticas e trazem proposta de construção do território europeu, ainda circunscrito aos seis EM fundadores, mas unindo vencidos e vencedores.

A primeira ampliação da UE ocorre mais de vinte anos depois da fundação, em 1973, com a adesão de três países —Dinamarca, Irlanda e Reino Unido—. Na década de 1980, são incorporados países de democracia tardia: Grécia em 1981, Espanha e Portugal em 1986. Ainda em 1986, os doze EM firmam, em Luxemburgo, a *Ato Único Europeu* o qual lança as bases do mercado interno europeu. Nos anos de 1990 são firmados o *Tratado de Maastrich* ou Tratado da União Européia em 1992, e o *Tratado de Amsterdã* em 1997 (Comisión Europea, 1992; Comisión Europea 1997). Estes

trazem salto qualitativo ao processo de integração europeu ao acordarem no plano político a cidadania europeia e no plano econômico a moeda única (Baron Crespo, 1994). Com as adesões de Áustria, Finlândia e Suécia, a UE completa em 1995 quinze países membros.

Em 2001 é firmado o *Tratado de Nice* que reforma o sistema institucional da UE e prepara para a maior ampliação do número de EM da UE. Em 2004, com as adesões de 10 novos países —Chipre, Eslováquia, Eslovênia, Estônia, Hungria, Letônia, Lituânia, Malta, Polônia e República Checa—, os vinte e cinco EM firmam o *Tratado que Estabelece a Constituição para a Europa* para substituir os anteriores. Para a vigência da Constituição Europeia, contudo, os EM devem completar processos de referendo e ratificação que apesar do *não* do povo francês e holandês em 2005, está ratificado em quinze EM. Para prosseguir na discussão pelo EM a base legislativa da UE, contida no Tratado Constitucional, foi retomada ampliando a participação da sociedade no debate e inaugurando novas estratégias para a divulgação de informações e democratização de decisões. O processo de adesão à UE, entretanto, segue em 2007 com duas novas incorporações: Bulgária e Romênia.

TABELA 1 - OS TRATADOS E A EVOLUÇÃO DA ADESÃO À UNIÃO EUROPEIA DE 6 A 27 ESTADOS-MEMBROS

Tratados	1951 de Paris Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA)	1957 de Roma Comunidade Econômica Europeia (CEE)	1981 Comunidade Europeia de Energia Atômica (EURATOM)	1986 Luxemburgo Ato Único Europeu	1992 de Maastrich Tratado da União Europeia	1997 de Amsterdã	2001 de Nice	2004 Constituição para Europa (em ratificação)	
Estados membros	1951 Alemanha Bélgica França Holanda Itália Luxemburgo	1973 Dinamarca Rep. da Irlanda Reino Unido	1981 Grécia	1986 Espanha Portugal	1995 Áustria Finlândia Suécia			2004 Chipre Eslováquia Estônia Eslovênia Hungria Letônia Lituânia Malta Polônia Rep. Checa	2007 Bulgária Romênia
	6 EM	9 EM	10 EM	12 EM	15 EM			25 EM	27 EM

Fonte: Elaborado com base em informações dos documentos Comisión Europea, 2000 e 2003a.

A evolução do relacionamento entre os EM e dos objetivos da integração econômica regional, definidos nos sucessivos Tratados, estão relacionados aos desafios colocados para as sociedades pelo processo de globalização econômica, desenvolvimento de economias emergentes e, ainda, pressões sociais com origem nas antigas colônias (Porto MCL e Flores Jr. RG, 2006). Na análise dos documentos europeus, o processo de integração mostra que os EM construíram imagem do que pretendem alcançar como Bloco, no âmbito interno e externo. Faz parte desta imagem, assumir relevância na economia mundial até alcançar padrões de qualidade de vida e de acesso ao mercado para o conjunto dos cidadãos dos EM. No âmbito interno, os consensos e diretrizes assumidos pela UE repercutem em mudanças estruturais nos EM para o alcance de metas e conformação do mercado interno, que é permanentemente acompanhado pela UE (Conde EAS, 2004).

De acordo com os documentos da UE, as garantias de livre circulação no mercado interno foram motores para a definição de parâmetros comuns de qualidade de vida das populações e de garantia de acesso aos mercados, criando padrão comum de cidadania na Europa. A ampliação das capacidades da infra-estrutura produtiva de cada EM foi apoiada por projetos europeus de redução das disparidades potencialmente geradoras de tensões nos mercados e nas populações no gozo das liberdades de circulação de pessoas, bens, capital e trabalho. A cidadania comunitária não substitui a cidadania nacional, mas complementa essa. A mais forte expressão da cidadania comunitária é a livre circulação dentro do mercado interno para viver, estudar, trabalhar ou fazer turismo conforme estabelece o Regulamento CEE 1408/71 da UE e atualizações posteriores (União Européia, 1971).

I.1.2 O DESENVOLVIMENTO DE INSTITUIÇÕES SUPRANACIONAIS NA UNIÃO EUROPÉIA

A UE ainda que represente modalidade avançada e profunda de integração econômica regional entre países convive com grandes diferenças entre os EM —nações soberanas independentes—. De acordo com os documentos europeus (Comisión Europea, 2000; Comisión Europea, 2005), os objetivos do mercado interno de livre competição, desenvolvimento sustentável, progresso científico e técnico, coesão econômica e social em ambiente de diversidade cultural e lingüística impõe a transferência de poderes nacionais para a UE. Ao consolidar a UE os EM compartilham competências

equivalentes e transferem poderes de atuação específicos às instituições comunitárias, que têm caráter supranacional e passam a decidir em nível europeu sobre temas de interesse comum, com vistas à conformação do mercado interno. A UE não substitui os governos nacionais, ainda que as instituições européias tenham papel de controle, monitoramento e apoio aos EM.

As instituições européias foram desenvolvidas a partir dos Tratados como forma de apoiar o cumprimento dos objetivos acordados, de representar os interesses dos EM, dos cidadãos e da comunidade (Comisión Europea, 2000; Comisión Europea, 2003a; Comisión Europea, 2003b; Comisión Europea, 2003c). Para tanto, se constituiu uma pluralidade de instituições e, processos de representação, negociação e decisão conformando um *labirinto comunitário* (Baron Crespo, 1994). No entrançado institucional europeu a mais elevada instância de decisão é o *Conselho Europeu*, constituído pelos Chefes de Estado e de Governo de todos os EM. O triângulo institucional europeu principal que decide políticas e leis foi criado pelos Tratados de fundação, firmados nos anos de 1950, e é composto pelo *Parlamento Europeu*, pelo *Conselho da União Européia* e pela *Comissão Européia*. O *Parlamento Europeu* legisla, discute e aprova o orçamento da União e exerce o controle democrático das instituições européias. O *Conselho da União Européia* assume diferentes configurações de acordo com o tema específico abordado. É apoiado por *Comitês de Representantes Permanentes* constituídos de equipes técnicas que cada EM mantém em Bruxelas (Comisión Europea, 2003b; Comisión Europea, 2003c).

A *Comissão Européia* é o órgão executivo da UE e, responsável pelo cumprimento das leis, pela aplicação das decisões do *Conselho da União Européia* e por executar as políticas européias e gerenciar o orçamento, assim como de elaborar propostas de lei para submeter ao Parlamento e ao Conselho. Como *guardiã* dos Tratados, a Comissão representa e defende o conjunto dos interesses europeus e atua nos acordos com terceiros países. Está organizada em Direções Gerais (DG) responsáveis por temas específicos (Comisión Europea, 2003b; Comisión Europea, 2003c).

Também fazem parte da estrutura da UE instituições de justiça, financeiras, consultivas e executivas. O *Tribunal de Justiça Europeu* garante a mesma interpretação e aplicação da legislação européia em cada EM. Conta com *Tribunal de Primeira*

Instância. O *Tribunal de Contas Europeu* audita os ingressos, os gastos e a gestão de recursos da UE em cada EM. O *Banco Central Europeu* faz a gestão da moeda única, o euro, e da política monetária e, o *Banco Europeu de Investimentos* financia projetos comunitários com recursos dos fundos europeus. O *Comitê Econômico e Social Europeu* representa os interesses de organizações sociais, patronais e de sindicatos. O *Comitê das Regiões* representa as autoridades regionais e locais. Existem na UE dezenove *Agências Europeias* que executam tarefas técnicas, científicas ou diretivas (Comisión Europea, 2003b; Comisión Europea, 2003c). As *Agências Europeias* relacionadas com temas de saúde são em número de cinco: Agência Europeia de Medicamentos, Agência Europeia para a Saúde e Seguridade no Trabalho, Autoridade Europeia de Segurança Alimentar, Centro Europeu para a Prevenção e Controle de Enfermidades e Observatório Europeu de Droga e Toxicomanias.

A profundidade dos propósitos, a complexidade da realidade e a contínua expansão da UE condicionam as instituições europeias a atuarem de modo harmônico, substituindo, coordenando ou apoiando as ações dos EM nos diversos âmbitos (Conde EAS, 2004). As competências da UE são de três tipos: exclusivas, compartilhadas e de apoio. Nas *competências exclusivas* a UE atua sozinha, em nome do conjunto de EM, pois a ação em escala comunitária resulta mais eficaz que ações dispersas entre os EM. Quando a ação da UE é um aporte da ação dos EM, as *competências são compartilhadas*. As *competências de apoio* estão nos âmbitos em que a UE intervém para coordenar ou complementar as ações do EM. Nestas os EM mantêm liberdade de ação e de responsabilidade de gestão. Dois princípios europeus equilibram o papel das instituições comunitárias: o princípio de subsidiariedade e o princípio de proporcionalidade. O *princípio de subsidiariedade* objetiva que as competências da UE e de suas instituições só intervenham quando a ação comunitária é mais eficaz que uma ação nacional ou local (Comisión Europea, s/datab). O *princípio de proporcionalidade* garante que o exercício das competências, conteúdos e a forma de ação da UE não excedam ao necessário para alcançar os objetivos dos Tratados (Comisión Europea, s/dataa; Comisión Europea, s/datab; Comisión Europea, s/datae).

O orçamento da UE é importante instrumento de coesão e adesão às políticas comunitárias, ao financiar atividades e intervenções em direção às prioridades e orientações das políticas comunitárias. O orçamento é composto de recursos dos EM,

aportados de acordo com regras acordadas, sendo que o total não pode ser inferior a percentagem definida do Produto Interno Bruto (PIB) da UE. Para o ano de 2005, o orçamento manteve relação de 1% do PIB da UE, equivalente a 250 euros por cidadão. Os EM menos favorecidos pagam contribuição menos elevada que os demais (Comisión Europea, 2003b; Comisión Europea, 2003c). Os recursos dos EM transferidos à UE advêm de fontes próprias e, em geral, a metade do montante total origina-se do PIB do EM e um terço do total do Imposto de Valor Agregado (IVA). Os recursos aportados aos fundos europeus destinam-se às atividades prioritárias nos domínios de: agricultura, pesquisa, educação, transporte, ações exteriores, preparação da expansão da integração e gastos administrativos (Comisión Europea, 2005).

1.2 A SAÚDE NA AGENDA DA UNIÃO EUROPÉIA

O campo da saúde mostra-se um observatório importante da complexidade da arquitetura da UE ao analisarem-se os impactos nos distintos sistemas de saúde dos EM das diretivas europeias (Paton et al, 2002). Os Tratados europeus centraram-se nos aspectos econômicos da integração e apenas tardiamente temas de saúde são incluídos. As instituições da UE se desenvolvem em paralelo aos Tratados e, nesse sentido, refletem a inclusão contemporizada de estruturas específicas para a abordagem da saúde. A posterioridade com que aspectos da saúde foram abordados nos Tratados e nas instituições europeias tem fundamentos no modelo europeu para lidar com a divisão de responsabilidades entre instituições supranacionais e os EM. As políticas de saúde, nos aspectos de gestão, organização, financiamento e provisão, pertencem ao rol de responsabilidades governamentais que foram mantidas como competência exclusiva dos EM e, portanto, não delegadas às instancias supranacionais europeias, o que leva a integração europeia a não desenhar no horizonte próximo processo de convergência de sistemas de saúde (Cabiedes L e Guillén A, 1997; Koivusalo MT, 2005).

A conjunção de fatores técnicos, políticos e institucionais contribuiu para que as repercussões da integração econômica regional europeia nos sistemas e políticas de saúde dos EM resultassem em impactos esperados e não esperados, decorrentes da conformação do mercado interno (Wismar M, Busse R e Berman P, 2002; Wismar et al, 2002). O avanço do mercado interno, contudo, veio a impor acordos no campo da saúde pública que garantam de um lado o *modelo social europeu* e de outro as quatro

liberdades de circulação (Koivusalo MT, 2005; Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, Glinos IA, 2006). Este pressupõe o alto nível de proteção da saúde que se concretiza em ações de saúde pública para a proteção de consumidores. A UE, sob o princípio de subsidiariedade, atuou na construção de consensos junto aos EM de modo a tornar efetivo o modelo social europeu em todo o mercado interno (Hubel M e Price C, 2005). A adesão de novos EM renova os desafios de buscar garantir o *modelo social europeu* que é trabalhado desde a candidatura (Dubois C-A, McKee M, 2004).

No ano de 2000, os EM firmaram conjunto de medidas denominado *Estratégia de Lisboa* objetivando que a economia europeia torne-se mais competitiva e dinâmica. A proposição é, conforme discutida adiante nesse capítulo, interligar as orientações da política econômica, combinando crescimento e mudanças tecnológicas com os conceitos de sociedade e os valores europeus. Emprego, reformas econômicas e coesão social, neste processo, são partes integrantes de uma economia baseada no conhecimento. Envolve programa de modernização dos sistemas de bem-estar social que incentive maior investimento nas pessoas, a ativação das políticas sociais a par de combate reforçado às formas de exclusão social. Estas decisões recentes elevam a saúde na agenda da Europa estabelecendo que em todas as políticas europeias os impactos na saúde devem ser considerados (Koivusalo M, 2006; Kemm J, 2006).

I.2.1 DO MERCADO À SOCIEDADE, DA SOCIEDADE À SAÚDE

Se por um lado a saúde alcança espaço crescente nas políticas europeias, o impacto dos Tratados europeus nos sistemas sanitários dos EM vai mais além. A conformação do mercado interno com a concretização das liberdades de circulação de pessoas, bens, serviços e capitais tem importantes repercussões nos serviços sanitários e na saúde pública de cada EM (Paltón C et al, 2002; Villamil FS, Rodríguez MAP, Avilés NR, 2002; Koivusalo MT, 2005). A transposição das normativas europeias para a legislação nacional, seus efeitos na gestão, financiamento, oferta e organização dos serviços de saúde é variado entre os EM, mas é observado independentemente do modelo de sistema de saúde adotado.

No mercado interno europeu para garantir a mobilidade de pessoas, bens, serviços e capital são gradualmente construídos no setor saúde padrões para a formação de profissionais, sistema comum de regulação de equipamentos médicos, de fármacos,

de contratações públicas e de atenção ao cidadão comunitário e cobertura aos trabalhadores emigrantes (ver Quadro 1). Com tais parâmetros objetiva-se alcançar o mesmo padrão de proteção à saúde em todo o espaço europeu, garantindo a todos os cidadãos comunitários e em todos os países da União as mesmas condições para o exercício das quatro liberdades, fortalecendo a coesão econômica e social na UE.

QUADRO 1 - REPERCUSSÕES DAS LIBERDADES DE CIRCULAÇÃO DO MERCADO INTERNO EUROPEU NAS POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DOS ESTADOS MEMBROS

Liberdade do mercado interno	Repercussão nos sistemas de saúde europeus
Livre circulação de mercadorias	Padrões sanitários comuns para circulação de produtos Regulamentação de medicamentos Licitação pública internacional para compras
Livre circulação de serviços	Serviços de saúde fora da diretiva de livre concorrência Regulamentação de equipamentos médicos Licitação pública para serviços
Livre circulação de capital	Investimentos - hospitais e laboratórios
Livre circulação de pessoas	Reconhecimento mútuo de diplomas Portabilidade de direitos de seguridade e de saúde Legislação sobre segurança no trabalho

Fonte: Elaborado com base em informações dos textos de Paton C et al, 2002; Wismar M, Busse R, Berman P, 2002.

A ampliação na agenda europeia do espaço e o reconhecimento de necessidades de inclusão de componentes sociais podem ser relacionados a variados fatores advindos com o avanço da integração econômica regional. A complexidade para lidar com os desafios de processo de integração, com a incorporação gradual de novos membros, para manter a estabilidade social e dos mercados, para manter os padrões sociais de conforto, a qualidade de vida e o consumo crescentes, ao lado do surgimento de novas demandas impôs o desenvolvimento de novas estratégias. A incorporação das questões sociais na agenda da UE foi, inicialmente, de forma assistemática e assimétrica (Palton et al, 2002).

I.3 A ESTRATÉGIA DE LISBOA

A *Estratégia de Lisboa* foi lançada pelo *Conselho Europeu* no ano de 2000, como um projeto para dez anos. De acordo com os documentos europeus, foi desenvolvida para responder aos principais desafios sociais e econômicos, tendo como meta converter a UE na *economia baseada em conhecimento mais dinâmica e competitiva do mundo, garantindo crescimento sustentável, com mais e melhores empregos e com maior*

coesão social (Conde EAS, 2004:50). Estabelece metas de desenvolvimento macroeconômico e de capacidades institucionais e de governo dos EM para enfrentar desafios como a globalização, o envelhecimento populacional, as rápidas mudanças tecnológicas e, ainda as migrações internas e de outros países (Wismar M, Lahtinen E, Stahl T, Ollila E, Kimmo L, 2006).

Para apoiar os EM na avaliação e desenvolvimento de políticas relacionadas às diretivas europeias, junto com a *Estratégia de Lisboa* foi estabelecido o método aberto de coordenação (MAC). Esta ferramenta permite aos EM traçar cronogramas de alcance de metas tendo em conta à própria realidade, mesmo assim é possível traçar comparações horizontais de experiências e identificar as melhores práticas entre os EM. O MAC possibilita traduzir as metas definidas pela UE para políticas nacionais e regionais, fixando objetivos e ações específicas que buscam concatenar o nacional e o europeu e são acompanhados pela Comissão Europeia (Conde EAS, 2004:61-62).

A *Estratégia de Lisboa* foi importante para tornar mais relevante a saúde na agenda europeia, pois sobre as premissas de modernização do modelo social europeu, com proteção e inclusão social, a saúde foi interpretada como fator de crescimento, competitividade e desenvolvimento sustentável e construiu-se a proposta da saúde em todas as políticas europeias (Health in All Policies —HiAP—). Tal proposição considera repercussões das mudanças demográficas sobre a economia e a sociedade europeia (Koivusalo M, 2006). E, a partir daí, para alcançar os objetivos da *Estratégia de Lisboa* a HiAP estabelece que cada política, em qualquer setor do governo ou mercado, leve em conta impactos potenciais na saúde da população, agregando mudanças necessárias para reduzir efeitos negativos e ampliar as sinergias entre políticas (Kemmer J, 2006).

A partir de 2000, de acordo com os documentos europeus, variadas iniciativas vem sendo alinhadas à *Estratégia de Lisboa* em domínios como: conhecimento e inovação, políticas estatais, marco regulatório de empresas, mercado interno de serviços, transportes, trabalho, migração. Uma importante ferramenta de implementação das metas da *Estratégia de Lisboa* é o apoio com recursos europeus aos projetos de investimento regional, em espaços territoriais com maiores disparidades, objetivando estabilidade de mercados e de fluxos populacionais (Conde EAS, 2004;

Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitários y Financiación Territorial, 2006).

I.3.1 COESÃO ECONÔMICA E SOCIAL

A imagem-objetivo da Europa trazida pela *Estratégia de Lisboa* foi associada ao conceito de *coesão econômica e social* e na saúde relacionada à manutenção do *modelo social europeu*, abrangendo os sistemas de saúde e de seguridade social (Comissão Europeia, 2004). A coesão econômica e social objetiva o desenvolvimento equilibrado, a redução de diferenças estruturais entre regiões e a promoção da igualdade de oportunidades entre as pessoas a partir da solidariedade entre os EM utilizando intervenções financeiras com recursos dos fundos europeus mediadas pela política regional da UE. A Constituição Europeia, em vias de ratificação, acrescenta o objetivo de coesão territorial à coesão econômica e social (Comisión Europea, 2004).

A coesão social estava prevista desde o Tratado de Roma, todavia, apenas na década de 1970 são iniciadas medidas comunitárias para coordenar e apoiar os EM a alcançarem equilíbrio de desenvolvimento. Em 1986, é sancionada pelo Ato Único Europeu e em 1992 é incorporada ao Tratado da União Europeia (Tratado de Maastricht). A ação da UE para promover a coesão econômica e social conta com cerca de 35% do orçamento da UE desde 1994 (Comisión Europea, 2005).

O desenvolvimento do conceito de *coesão econômica e social* (Porto MCL, Flores Jr, 2006:187) aportou aos formuladores europeus de políticas ferramenta para abordar problemas da integração e da ampliação da UE em amplas perspectivas de análise. De acordo com os documentos europeus, na perspectiva sócio-cultural a coesão econômica e social é entendida como a capacidade da sociedade de assegurar o bem-estar de seus membros, de reduzir disparidades, de garantir liberdade individual e o processo democrático no âmbito governamental e europeu (Comissão Europeia, 2004; European Commission, 2004). Na perspectiva instrumental, a coesão econômica e social aporta elementos para a construção de modelos sociais solidários, com condições reais de acesso a direitos fundamentais e ao emprego para todos, com benefícios do crescimento econômico e do progresso social para todos, a partir de consensos políticos em relação às garantias de acesso aos serviços sociais básicos. A promoção da coesão econômica e social é essencial para a luta contra a pobreza e a desigualdade, e

indissociável da consolidação da democracia, de uma economia eficaz e de emprego digno para todos (Comissão Europeia, 2005).

I.3.2 OS FUNDOS EUROPEUS COMO AGENTES DA COESÃO ECONÔMICA E SOCIAL

Para alcançar a coesão econômica e social, políticas regionais e estruturais são apoiadas com recursos financeiros dos fundos europeus (Stuart AM, 2004). Ainda que recebam críticas relativas ao volume inadequado de recursos aplicados nas ações de coesão, ao perfil dos projetos e a qualidade do gerenciamento dos recursos, os fundos europeus são importantes instrumentos políticos para o desenvolvimento econômico e regional da UE (Comissão Europeia, 2004). Além disso, ocupam a segunda maior posição no orçamento europeu (Comisión Europea, 2005). Os fundos europeus são igualmente importantes para a preparação da inclusão dos novos EM, inserção e formação profissional, influir nas disparidades regionais estruturais entre os EM e apoiar o desenvolvimento econômico (ver Quadro 2). No âmbito interno aos EM, os recursos dos fundos são relevantes para a implementação de políticas europeias pelos níveis subnacionais (Stuart AM, 2004). As políticas apoiadas com recursos dos fundos incluem melhorias de infra-estrutura e investimento empresarial em regiões economicamente atrasadas (FEDER, FSE, FEOGA e FC), reconversão econômica e social de zonas industriais ou dependentes da pesca (Feder e FSE) e, modernização da formação e da promoção do emprego (FSE) (Walsh J, 2004).

QUADRO 2 - ANO DE CRIAÇÃO E OBJETIVOS DOS FUNDOS ESTRUTURIS E DE COESÃO EUROPEUS

Informação	Fundos Estruturais e de Coesão			Orientação e Garantia Agrícola (FEOGA)
	Fundo Social Europeu (FSE)	Desenvolvimento Regional (FEDER)	Coesão (FC)	
Objetivo	Apoiar a inserção profissional e financiar formação	Apoiar infra-estruturas e investimentos produtivos geradores de emprego	Acelerar a convergência econômica, social e territorial	Instrumento financeiro da política agrícola comum e do desenvolvimento rural

Fonte: Elaborado com base em informações constantes em Comissão Europeia, 2004 e 2005, Stuart AM, 2004 e Walsh J, 2004.

Para apoiar financeiramente com recursos dos fundos europeus projetos de cooperação fronteiriça, transnacional e inter-regional, com vistas ao desenvolvimento

harmonioso, equilibrado e sustentável do espaço comunitário foi criado o Programa INTERREG no ano de 1991. O INTERREG encontra-se na terceira etapa, sendo todas complementares entre si e financiadas com recursos do FEDER. O INTERREG I ocorreu de 1991 a 1993 e teve foco na dinamização de mercados e na infra-estrutura. O INTERREG II continuou de 1994 a 1999 e manteve o apoio ao desenvolvimento de mercados com mudanças nos mecanismos de monitoramento e planejamento. O INTERREG III surge a partir de 2000 e resulta das avaliações de acompanhamento das duas etapas anteriores que concluiu pela importância do foco na redução de deficiências de infra-estrutura básica e de equipamentos sociais em projetos de cooperação fronteiriça. A iniciativa INTERREG III organiza-se em três linhas de cooperação: transfronteiriça (INTERREG IIIA), transnacional (INTERREG IIIB) e inter-regional (INTERREG IIIC). De acordo com os documentos europeus, o Projeto INTERREG IIIA inclui temas sociais nas perspectivas de fortalecimento da coesão econômica e social, atendendo ao princípio de inclusão da saúde na formulação e gestão de todas as políticas comunitárias, definido pela *Estratégia de Lisboa*. As ações do INTERREG IIIA organizam-se em quatro eixos de fomento à cooperação: (i) infra-estrutura, (ii) meio ambiente, (iii) desenvolvimento sócio-econômico e (iv) cooperação e integração social e institucional (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005).

O quarto eixo do INTERREG IIIA —Fomento à Cooperação e a Integração Social e Institucional— tem como objetivos desenvolver a integração entre espaços fronteiriços (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2006). As ações desenvolvidas neste eixo têm foco na saúde, na inserção de grupos sociais menos favorecidos, no aumento da cobertura inter-regional dos serviços sociais e de saúde, e na consolidação de mecanismos de cooperação trans-fronteiriça. Atividades realizadas pelo quarto eixo do INTERREG IIIA contemplam na saúde: a promoção de atividades de cooperação, a discussão de modelos e estratégias de atenção, a capacitação de profissionais e o desenvolvimento institucional. Assim como, a reorganização, a renovação e a ampliação das redes de serviços, da capacidade de oferta e da melhoria do acesso da população aos serviços. O

eixo Fomento à Cooperação e a Integração Social e Institucional do Projeto INTERREG IIIA inclui três vertentes com ações específicas (ver Quadro 3). Os projetos de cooperação em saúde desenvolvidos na Euroregião de Extremadura—Alentejo estão inseridos nestas três vertentes, ou seja são parte do Projeto INTERREG IIIA no eixo Fomento à Cooperação e a Integração Social e Institucional.

QUADRO 3 - VERTENTES, AÇÕES E OBJETIVOS DO EIXO FOMENTO À COOPERAÇÃO E À INTEGRAÇÃO SOCIAL E INSTITUCIONAL NO INTERREG IIIA

Vertente	Ações	Objetivos.
Cooperação e integração social, laboral e institucional	Promover a mobilidade, a integração e a coesão social, a qualificação de recursos humanos e o emprego	Estabelecer mecanismos de cooperação no campo da saúde e da ação social para a ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços, garantindo os direitos sociais das populações fronteiriças. Induzir a harmonização dos regimes de seguridade social e da legislação trabalhista
Desenvolvimento do conjunto de serviços e equipamentos locais	Desenvolver a infra-estrutura científica e tecnológica, a sociedade de informação, a organização urbana e territorial das áreas transfronteiriças e a cooperação cultural e social e a dinamização económica, social e cultural, com o fortalecimento das instituições locais	Promover a utilização em rede de bens e equipamentos sociais, culturais e de lazer. Estabelecer mecanismos de cooperação em matéria de comunicação, educação e trabalho. Ampliar as ofertas de serviços relacionados a novas tecnologias de informação e comunicação para uso por cidadãos e empresas
Estruturas institucionais para a cooperação	Dinamizar aspectos sócio-económicos, inovação tecnológica, redes informatizadas e fomento das iniciativas, entidades e instâncias de cooperação para a estruturação social, cultural e institucional do território	Melhoria dos processos de cooperação. Estabelecer redes intermunicipais, de outros entes públicos e privados

Fonte: Elaborado com base nas informações contidas nos documentos da Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005 e 2006.

A proposta europeia é de que a formulação e a execução da política regional e estrutural europeia se desenvolve sob o signo da parceria entre a UE, os EM e as regiões, de forma complementar aos programas nacionais (Comisión Europea, s/datad; Comissão Europeia, 2002). Os projetos para apoio regional são apresentados pelos EM, avaliados pela UE e resultam em acordos entre a UE e as autoridades nacionais e regionais. A competência e abordagem política da UE em assuntos regionais é, portanto, limitada à parceria com os EM e tem carácter complementar, e não substitutivo das políticas nacionais, inclusive quanto aos aspectos financeiros.

Espanha e Portugal podem ilustrar como funciona a sistemática de financiamento de projetos de cooperação fronteiriços com recursos dos fundos europeus. Inicialmente, os países elaboraram e apresentaram em conjunto propostas comuns para acessar o apoio dos fundos europeus aos projetos, abrangendo especificamente as regiões de fronteira. No caso da Euroregião de Extremadura—Alentejo a proposta inicial foi submetida para aprovação ante a Comissão Europeia em 2000 e, após ajustes e revisão foi aprovada em 2001 (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005). As primeiras etapas do INTERREG IIIA nesta Euroregião compreenderam o período de 2002 a 2004, e objetivaram a redução das deficiências de infra-estrutura básica e dos equipamentos sociais de ambos os territórios, de modo a fomentar a cooperação e a integração de mercados e de populações. A partir da equalização das necessidades de infra-estrutura as ações passaram a focar mecanismos de integração e de fomento ao desenvolvimento do mercado e das instituições públicas e privadas locais, de modo a garantir sustentabilidade ao desenvolvimento. A execução do projeto induz ao processo de identificação e uso de mercados, de serviços e de infra-estrutura situados do outro lado da fronteira, rompendo o histórico isolamento entre as comunidades fronteiriças. Os eixos de ação prioritários foram definidos com base em diagnóstico de necessidades da fronteira e da aplicação da diretriz comunitária de aprofundar a utilização de potencialidades regionais comuns, para a promoção do desenvolvimento econômico e a melhoria do bem-estar das populações (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2001; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2002; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2006).

PARTE II — A COOPERAÇÃO FRONTEIRIÇA EM SAÚDE NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

II.1 ESCOLHA E ABORDAGEM NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

A busca por serviços de saúde em outro EM é tema de diversos estudos na UE abordando experiências de cooperação entre regiões (Hermans LLMB e Brouwer W, 2003) e efeitos das liberdades de circulação do mercado interno europeu nos sistemas de saúde (Wismar M, Busse R e Berman P, 2002; Rosenmoller M, McKee M, Baeten R e Glinos IA, 2006). A escolha da Euroregião de Extremadura—Alentejo para estudar de que modo a integração europeia influenciou na cooperação em saúde nas fronteiras, fundamenta-se nas variadas características desta Região¹⁶. A Euroregião de Extremadura—Alentejo é considerada prioritária para a realização de projetos fronteiriços apoiados com recursos dos fundos europeus devido às condições sócio-econômicas: baixo desenvolvimento, deficiências de infra-estrutura, dinâmicas econômicas frágeis, intensas migrações, déficit de cobertura em ações assistenciais de saúde (Junta de Extremadura, 2001; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitários y Financiación Territorial, 2002). Pesou ainda na escolha do caso, o fato de tratar-se de Região com proximidades históricas e lingüísticas com a América do Sul, o que oportuniza traçar paralelos entre a experiência de integração econômica regional europeia e a do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Foi determinante na escolha desta Região, o acesso e a disponibilidade dos interlocutores qualificados para a realização da visita de estudo e das entrevistas.

Nas entrevistas privilegiou-se a percepção dos atores envolvidos na gestão da saúde a cerca dos impactos da entrada dos países na UE sobre as políticas e serviços de saúde, custos e vantagens, mecanismos específicos de interação institucional, condições

¹⁶ O conceito de *Euroregião* surge em textos europeus com dois sentidos. É utilizado em referência aos acordos formais entre países e regiões subnacionais e, às zonas de apoio e desenvolvimento de projetos com recursos dos Fundos Europeus. Neste último caso, não existem acordos formais de conformação de Euroregião, mas diferentes entidades políticas subnacionais compartilham aspectos geográficos, demográficos e sócio-econômicos e, participam de forma conjunta na elaboração e coordenação de projetos como os da Iniciativa Interreg III (European Commission, 1999; European Communities, 1999; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2001).

e estratégias de atendimento às demandas da região fronteiriça. Na Espanha as entrevistas ocorreram na Cidade de Mérida, Província de Badajoz, na Comunidade Autônoma de Extremadura com dirigentes e técnicos que atuam no desenvolvimento e gerenciamento dos serviços de saúde, de sistemas de informação e no acompanhamento de projetos fronteiriços. Em Portugal as entrevistas foram realizadas em Lisboa com assessores do Ministério da Saúde para as áreas de gestão e desenvolvimento de sistemas e que acompanham os projetos fronteiriços e participam das negociações com a UE.

Diferenças na organização e na política de saúde entre os dois Países refletiram na inserção institucional dos interlocutores entrevistados, o que possibilitou perspectivas diversas da fronteira e do tema estudado. Na Espanha, onde as responsabilidades de gestão da saúde estão transferidas para as Comunidades Autônomas (CA), os entrevistados lidam cotidianamente e proximamente com situações daquela fronteira, participam no âmbito interno do País da implementação das políticas nacionais e europeias e de debates específicos com a UE. Em Portugal, onde a estrutura é centralizada e as responsabilidades estão desconcentradas para as regiões, os entrevistados são integrantes da estrutura central de governo, situados fisicamente distantes da fronteira, mas com participação no debate interno e europeu como integrantes das equipes de representação setorial do País. Devido às características dos sistemas de saúde de cada País, a tendência na Euroregião de Extremadura—Alentejo é de que o lado espanhol assumira a execução dos serviços de saúde acordados. Como na Espanha existe alto grau de autonomia das CA, tanto para a gestão de serviços quanto para a formulação e implementação de políticas, os arranjos institucionais, as soluções tecnológicas, os modelos de capacitação coletados nesse estudo são particulares àquela Euroregião. Também são específicas as capacidades dos serviços e as necessidades das comunidades, de um lado e de outro da fronteira. Contudo, por tratar-se da observação de projetos europeus consolidados foi possível realizar análises que indicam tendências da influência do processo de integração econômica regional na cooperação fronteiriça em saúde e, ainda, traçar paralelos com o MERCOSUL.

Na visita à Euroregião de Extremadura—Alentejo foi possível observar sinais do pertencimento daquele território ao espaço europeu. Várias obras de infra-estrutura foram e estão sendo realizadas com apoio dos fundos europeus, concretizando a

premissa de redução de barreiras para a formação e consolidação do mercado e do acesso da população aos bens e direitos que compõem o modelo social europeu. Os recursos dos fundos europeus alocados durante a década de 1990 na Região apoiaram o desenvolvimento de projetos regionais que atendem às estratégias para melhorar o equilíbrio entre os países e dentro desses entre regiões com diferentes capacidades. De acordo com as premissas europeias, ao reduzir diferenças entre as regiões de cada país busca-se aumentar a coesão econômica e social. Ainda que a integração europeia nesta fronteira tenha induzido à reconfiguração do espaço transfronteiriço mediante investimentos em infra-estrutura de serviços públicos, transportes e comunicação e, conseqüentemente, as populações estejam mais próximas, persistem fortemente as identidades e a cultura, além da vinculação cidadã com a nacionalidade e o regime de cada País.

Mapa 1 – Interreg III A Cooperação Transfronteiriça, Programa para a Fronteira Portugal-Espanha, 2000-2006



Fonte: Portugal, s/data (<http://www.qca.pt/iniciativas/mapa1.html>).

II.2 CONTEXTO DE EXTREMADURA—ALENTEJO: SISTEMAS DE SAÚDE DE ESPANHA E DE PORTUGAL

Espanha e Portugal integram a UE desde 1986. Nestes vinte anos ambos os Países viveram transformações estruturais apoiadas com recursos de fundos europeus, direcionados para as regiões espanholas e portuguesas com Produto Interno Bruto (PIB) inferior à média comunitária. O afastamento territorial com os demais EM e laços históricos levam ao intercâmbio constante entre as comunidades (Baganha MI, 2005), ainda que os Países apresentem características distintas na forma de governo, na organização política e nos aspectos sócio-econômicos.

Portugal em 2006 alcança quase onze milhões de habitantes, aproximadamente um quarto da população da Espanha que contava cerca de quarenta e quatro milhões de habitantes (ver Quadro 4). A riqueza material e a capacidade produtiva das duas populações, expressas pelo PIB *per capita* e total em 2004, indicava que os portugueses tinham um quarto menos de riqueza material e um quinto da capacidade produtiva dos vizinhos ibéricos. Em relação ao gasto em saúde em 2004, Portugal dispunha de maior percentagem do PIB (10,1%) que a Espanha (8,1%). Ainda em 2004, o percentual de gasto público, do total de gasto em saúde, era maior em Portugal (73,2%) que o da Espanha (70,9%). Estes valores implicam que o *per capita* gasto em saúde em 2004 seja maior em Espanha (2094US\$) que Portugal (1824US\$). Quanto à oferta em saúde, em 2004, Portugal dispunha de mais leitos hospitalares por cem mil habitantes (365,1) que a Espanha (347,5), contudo, contava com menos médicos por cem mil habitantes (267,8) que a Espanha (340,1). Embora as taxas de mortalidade infantil sejam baixas nos dois Países, a diferença entre os valores de Portugal (3,5) e de Espanha (4,1) são significativamente favoráveis para o primeiro. As expectativas de vida saudável em 2003 e de vida ao nascer em 2005, entre homens e mulheres, portugueses e espanhóis, pesam favoravelmente em todos os casos para a Espanha.

QUADRO 4 - INDICADORES ECONÔMICOS E DE SAÚDE DE ESPANHA E DE PORTUGAL

Informações	Espanha		Portugal	
População total 2006 (1)	43.758.250		10.569.592	
PIB				
PIB <i>per capita</i> em mil US\$ (PPC) 2004 (2)	25.582		19.388	
Total em bilhões US\$ (PPC) 2004 (2)	1090,8		204,0	
Gasto em saúde				
% do PIB 2004 (2)	8,1		10,1	
% de gasto público 2004 (2)	70,9		73,2	
Público <i>per capita</i> em US\$ (PPC) 2004 (2)	2094		1824	
Oferta em saúde				
Leitos por 100 mil hab 2004 (3)	347,5		365,1	
Médicos por 100 mil hab 2004 (4)	340,1		267,8	
Indicadores de saúde				
Mortalidade infantil mil nascidos vivos projeção 2005 (5)	4,1		3,5	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Expectativa de vida saudável ao nascer em anos 2003 (6)	70,2	66,8	61,8	59,8
Expectativa de vida ao nascer em 2005 (7)	83,9	77,4	81,4	74,9

Fonte: Elaborado com base nas informações em Eurostat, s/data e OECD, 2006. (1) Eurostat, s/data; (2) OECD Health Data 2006; (3) Eurostat, s/datac; (4) Eurostat, s/datad; (5) Eurostat, s/datae; (6) Eurostat, s/dataf; (7) Eurostat, s/datag.

Para propiciar visão de contexto de desenvolvimento dos acordos fronteiriços na Euroregião de Extremadura—Alentejo foram revisadas as características gerais dos sistemas de saúde da Espanha e de Portugal nos aspectos de organização territorial, prioridades e compartilhamento de responsabilidades com níveis governamentais. Ambos os Países estão orientados para o modelo Beveridge, entretanto, a organização da prestação dos serviços de saúde é descentralizada na Espanha e desconcentrada em Portugal. Este fator implica que as autoridades regionais de saúde nas fronteiras tenham capacidades decisórias e responsabilidades distintas em saúde.

II.2.1 O SISTEMA NACIONAL DE SALUD DA ESPANHA

A Constituição do Reino de Espanha é do ano de 1978 e define a forma política de governo como Monarquia Parlamentar. O País está dividido em cinquenta províncias, dezessete Comunidades Autônomas (CA), duas cidades autônomas e cerca de oito mil Municípios. As CA gozam de ampla autonomia regional, embora existam variações entre estas (Cortes Españolas, 1978).

A Lei General de Sanidad (Lei 14/1986) cria em 1986 o *Sistema Nacional de Salud* (SNSE), transformando o anterior sistema de seguridade social (Espanha, 1986). O SNSE configura-se segundo o modelo Beveridge. É um sistema nacional financiado com recursos fiscais, público, universal, integral e descentralizado (Freire JM, 2005). Conformam-se pelo conjunto de serviços de saúde das CA e da Administração do Estado. As CA são responsáveis pela organização, oferta e financiamento da saúde pública e da assistência à saúde. Os recursos que financiam o SNSE são oriundos de impostos, transferidos pela Administração do Estado e de recursos próprios das CA. O acesso às ações e serviços de saúde está regulado por cada CA, com o uso de um cartão de saúde próprio. Aos cidadãos de outros países da UE, chamados de *comunitários*, que estejam no País em situação de trabalho, estudo, residência ou turismo é garantido o acesso ao SNSE, regulado por acordos europeus, com base no intercâmbio de informações e compensação financeira entre os EM (Freire JM, 2001; Freire JM, 2004). Cidadãos de outros países nas mesmas situações dos comunitários ou imigrantes legais têm acesso ao SNSE, regulado por convênios bilaterais. Aos residentes não legalizados o acesso está garantido em situação de emergência e para a atenção materna e infantil.

O SNSE organiza-se com base na atenção primária (AP) orientada para a medicina familiar, apoiado pela atenção especializada e hospitalar (Espanha, 2006; Freire JM, 2005). A rede de serviços está organizada por critérios territoriais e populacionais em Áreas de Saúde e cada uma dispõe de um Hospital Geral e Zonas Básicas de Saúde integradas por Centros de Saúde. Ainda que a maior parte dos hospitais seja de natureza pública e a rede primária totalmente de natureza pública, o SNSE compra serviços do setor privado. Todos os serviços são gratuitos, apenas os medicamentos têm co-pagamento.

A responsabilidade pela saúde é compartilhada entre o Governo Central e as CA (Espanha, 2006). Para a coordenação e cooperação setorial existe um *Conselho Territorial* formado pelos Ministros Regionais de Saúde e pelo Ministro de Saúde. O Governo Central tem competências exclusivas nas bases e coordenação geral do SNSE, saúde internacional, relações e acordos internacionais e legislação sobre medicamentos, formação sanitária especializada, sistema de informação e auditoria de serviços. As CA têm competências de planejamento, saúde pública, organização e gestão dos serviços de saúde, mas não participam diretamente da discussão da UE (ver Quadro 5). Os municípios não têm responsabilidade na gestão dos serviços sanitários, mas exercem papel importante em saneamento, meio ambiente, higiene e segurança alimentar. Apenas uma quarta parte dos municípios tem população maior que dois mil habitantes (Rico A, Sabes R, 2001).

Os resultados do SNSE em cobertura populacional equidade, qualidade, eficiência macroeconômica e contribuição aos bons indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida, apontam para uma avaliação globalmente positiva. De fato, o SNSE é avaliado positivamente pela população e existe notável consenso político e social sobre os valores de equidade, solidariedade e qualidade em que está fundado (Espanha, 2006). O quantitativo de recursos humanos e financeiros que o SNSE mobiliza o caracteriza como uma das mais importantes instituições de Espanha. É considerado um serviço público relevante para a coesão social e inter-territorial, e essencial para a saúde e o bem estar, com equidade e solidariedade.

II.2.2 O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL

A Constituição da República Portuguesa data de 1976 e a forma política adotada pelo País é a República Parlamentar (Portugal, 2005). O Estado é unitário e está integrado por duas regiões autônomas, da Madeira e de Açores, e cinco regiões administrativas continentais. As regiões administrativas se subdividem em dezoito distritos, que agregam cerca de dois mil e oitocentos municípios ou *concelhos*, os quais se dividem em perto de quatro mil e trezentas freguesias. Instâncias do governo central estão presentes no nível regional, entretanto, aos *concelhos* são atribuídas funções em vários domínios, inclusive saúde pública (Portugal, 1990; Portugal, 2006).

O *Serviço Nacional de Saúde de Portugal* (SNSP) foi criado pela Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/1979) que estende o acesso aos serviços da previdência social a todos os cidadãos (Portugal, 2001). O SNSP configura-se segundo o modelo Beveridge, como sistema nacional financiado com recursos fiscais, de caráter público, universal, integral, hierarquizado e desconcentrado. O SNSP conforma-se pelo conjunto de instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde. O SNSP compreende a promoção, prevenção, proteção da saúde individual e coletiva (Portugal, 1990; Portugal, 2006). Organiza-se com estruturas locais, regionais e centrais, oferta de atenção primária até especializada por critério populacional, gestão de recursos mais próxima do usuário e com participação da sociedade civil organizada (ver Quadro 5).

As regiões de saúde se dividem em sub-regiões integradas por áreas de saúde. As sub-regiões correspondem aos distritos e às regiões de saúde aos municípios. A responsabilidade pela saúde está desconcentrada em estruturas regionais do Ministério da Saúde que mantém atribuições de formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de saúde (Portugal, 1990; Portugal, 2006). Além disso, o Ministério da Saúde regula, planeja, financia, orienta, acompanha, avalia, audita e inspeciona os serviços de saúde. As administrações regionais de saúde atuam na respectiva área geográfica de modo a garantir o acesso aos serviços de saúde, adequados aos recursos e necessidades, tendo em vista o plano nacional de saúde. Sobre o setor privado participante ou não do SNSP exercem funções de regulamentação, inspeção e fiscalização de atividades e da prestação de ações de saúde. O acesso às ações e serviços de saúde está assegurado aos *comunitários*, que estejam no País em situação de

trabalho, estudo, residência ou turismo, sendo regulado por acordos europeus, com base no intercâmbio de informações e compensação financeira entre os EM. Cidadãos de outros países em situações semelhantes ou imigrantes legais têm acesso ao SNSP, a partir de convênios de reciprocidade. Avaliação realizada em 1997 indica que 20% da população portuguesa encontrava-se muito ou razoavelmente satisfeita com o sistema nacional de saúde (Hermans LLMB e Brouwer W, 2003).

QUADRO 5 - PARTILHA DE RESPONSABILIDADES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE ESPANHA E DE PORTUGAL

Informações	Espanha	Portugal
Sistema de Saúde	<i>Sistema Nacional de Salud</i> Público, universal, integral, descentralizado	<i>Serviço Nacional de Saúde</i> Público, universal, integral, desconcentrado
Partilha de responsabilidades em saúde		
Nível central	Normatizar, regulamentar, definir e formular a política de saúde Administrar serviços de seguridade social Co-financiamento Regulamentar o setor privado	Normatizar, regulamentar, definir e formular a política de saúde Gestão de serviços assistenciais Regulamentar o setor privado
Nível regional	Comunidades autônomas: aplicar a legislação nacional, planejar, formular, regulamentar, financiamento e gestão dos serviços regionais	Administração regionais do Governo central: administrar e coordenar os serviços assistenciais e a política de saúde em âmbito regional
Nível local	Províncias e Municípios: executar ações de proteção do ambiente e de cuidados de saúde relacionadas ao ambiente	Municípios (<i>Concelhos</i>) e Freguesias: criar centros de saúde locais, gestão dos serviços de saúde pública e educação sanitária

Fonte: Elaborado com base nos documentos España, 2006; Portugal, 1990; Portugal, 2006.

II.3 A EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

A Comunidade Autônoma de Extremadura é a de maior extensão de fronteira com Portugal, bordejando duas regiões portuguesas, a do Centro e a do Alentejo. Nesse estudo tratou-se das relações de fronteira em saúde entre Extremadura—Alentejo. A Comunidade Autônoma de Extremadura está localizada ao sudoeste da Espanha e integra as Províncias de Cáceres ao norte e de Badajoz ao sul. Fazem parte de Extremadura seiscentos e dezessete municípios. A capital regional é a Cidade de Mérida, situada na Província de Badajoz. A Região do Alentejo está localizada no sudeste de Portugal e a parte fronteira com a Espanha subdivide-se em Alto, Central e Baixo e consta de três distritos fronteiriços, Portalegre, Évora e Beja. A capital regional é a Cidade de Évora (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2001; Direção Geral do

Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, e 2002, Comunicação pessoal, 2006a., 2006b e 2006c).

Algumas características da Euroregião de Extremadura—Alentejo configuram a região como território diferenciado em relação tanto à Espanha quanto a Portugal (ver Tabela 2). As duas regiões são extensas tem baixas densidades populacionais e variação populacional negativa mais destacada do lado português. A cobertura de serviços e os indicadores de saúde apresentam valores inferiores às médias nacionais e considerável variação entre as regiões e províncias (Comunicação Pessoal, 2006a; Comunicação Pessoal, 2006c). A rede regional de serviços de saúde demanda investimentos em infraestrutura, equipamentos e profissionais de saúde para atingir os padrões europeus. Espanha e Portugal estão reduzindo o número de unidades hospitalares, desde 2001, a partir de reforma do setor e a qualificação das unidades. Portugal alcançou importante redução na taxa de mortalidade infantil desde a entrada na UE e continua baixando até índices inferiores a média europeia, observado nos anos de 2001 a 2004. A Espanha já alcançara índices nacionais inferiores a média da UE nos primeiros anos da década de 1990.

TABELA 2 - INFORMAÇÕES TERRITORIAIS, DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

Informações	Espanha	Extremadura	Portugal	Alentejo
Territoriais				
Superfície (km ²) (1)	504.750	41.634	91.906	21.669
População em 2005 (2) e (3)	42.935.001	1.069.322	10.569.600	766.000
Rede hospitalar				
Total de hospitais (4) e (5)	*783	*20	**206	**11
Oferta em saúde				
Total de médicos em 2004 (6) e (7)	194.668	4.387	35.213	1.367
Médicos por mil hab. em 2004 (8) e (7)	4,6	4,1	3,3	1,8
Total de leitos (4) e (5)	*159.559	*4.227	38.545	1.880
Leitos por mil habitantes (9) e (5)	*3,7	*3,9	**3,7	**2,4
Indicadores de saúde				
Tx de mortalidade infantil 2005 (10) e (11)	***4,1	***3,3	****3,5	****3,5

Fonte: Elaborado com base em informações de documentos europeus Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005; Instituto Nacional de Estadística, 2006; Instituto Nacional de Estadística, 2006. (1) Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005; (2) Espanha, s/data; (3) Portugal, 2004a; (4) Espanha, 2005; (5) Portugal, 2004b; (6) Espanha, 2006b; (7) Portugal, 2004c; (8) Calculado com base em (2) e (6); (9) Calculado com base em (2) e (4); (10) Espanha, 2002; (11) Portugal, 2004d. *2005; **2004; ***2002; ****2005

Neste estudo foram buscados dados mais atualizados, contudo, informações européias mais recentes sobre os sistemas de saúde de Espanha e Portugal, em geral, referem-se a três e até quatro anos atrás. Os dados constantes das fontes oficiais, por sua vez, estão dispersos em vários documentos e organizados de forma específica de acordo com os interesses de cada País. As categorias de desagregação de informações nos dois Países seguem, por vezes, critérios diferentes e próprios, dificultando correlações.

II.3.1 A REGIÃO NA PERSPECTIVA DOS ATORES DA GESTÃO DA SAÚDE

A integração econômica regional européia adota modalidade de união em espaço único, onde as fronteiras deixam de ser barreiras ao livre trânsito de pessoas, bens, serviços e capitais. Na UE, são mantidas, contudo, as estruturas político-administrativas de cada país e no caso da saúde a organização, financiamento, gestão e provisão dos serviços permanece responsabilidade de cada EM. Ainda com relação à saúde, para o funcionamento das liberdades de circulação de pessoas, bens, serviços e capital no mercado interno, os EM acordaram amplo espectro de diretrizes de saúde pública. Essas garantem a harmonização de padrões de serviços, bens e produtos de modo que o nível de proteção da saúde do consumidor seja o mesmo em todo o espaço europeu. Tais diretrizes são efetivados nas políticas de saúde em cada EM (Guimaraes L e Giovannella G, 2006).

Nas entrevistas realizadas na Euroregião de Extremadura—Alentejo buscou-se a percepção dos entrevistados com relação às influências da integração européia nos acordos fronteiriços em saúde na Região para o desenvolvimento de projetos conjuntos em saúde. Os entrevistados coincidem na posição de que com a UE na Euroregião de Extremadura—Alentejo as fronteiras passaram a ser permeáveis, inclusive aos serviços de saúde, o que aliado à oferta de recursos europeus impulsionou o desenvolvimento de condições para projetos cooperativos fronteiriços em saúde. A visão dos entrevistados converge ainda na percepção de que nos últimos anos Espanha e Portugal promoveram ajustes estruturais setoriais para modernizar as instituições e atender as diretrizes da UE (Comunicação Pessoal, 2006a; Comunicação Pessoal, 2006c). No âmbito local a permeabilidade que a fronteira passou a ter com a integração para efetivar as liberdades de circulação ampliou os fluxos e as possibilidades de acesso aos serviços de saúde,

reforçando vínculos anteriores (Baganha MI, 2005). A nova dinâmica, decorrente dos ajustes estruturais para racionalizar investimentos e gastos nas redes de atenção e nos serviços de saúde pública, por sua vez, impôs aos governos buscar formas de cooperação. Os entrevistados ressaltam, contudo, que as normas e diretrizes da UE não abordam diretamente a organização da atenção a saúde, as quais resultam de dinâmicas internas, das instituições e da história de cada País. Tão pouco a UE interfere ou induz modelo de sistema de saúde a ser adotado pelos EM, ainda que exista um conjunto de consensos no campo da saúde pública e proteção à saúde do consumidor a ser observado no espaço europeu, que se efetiva mediante políticas e ações em cada EM (Comunicação Pessoal, 2006a; Comunicação Pessoal, 2006c).

A percepção da intensidade e importância da participação na UE é, contudo, diferente para os entrevistados em Espanha e em Portugal. Ainda que a Espanha seja considerada País onde as normativas da UE têm altos índices de incorporação, a percepção dos entrevistados na Espanha quanto à influência europeia nas políticas e sistemas de saúde não resalta este fator (Comunicação Pessoal, 2006a). Em Portugal, os entrevistados listam diversos efeitos na trajetória de reformas no setor saúde no País associados à integração. Entre estes, no mercado de trabalho observam a ampliação das capacidades dos profissionais com a adoção de padrões comuns de formação e de regras para o reconhecimento de qualificações profissionais. No desenvolvimento de mercados e de infra-estrutura em regiões pouco desenvolvidas, com a aplicação de recursos dos fundos europeus. Para os entrevistados portugueses o maior impacto na saúde, todavia, decorre de acordos fronteiriços com apoio em recursos da UE ou mesmo com recursos próprios sob os princípios europeus (Comunicação Pessoal, 2006c). Um ponto de consenso entre os entrevistados de ambos Países é a identificação dos projetos apoiados com os fundos europeus para a redução das desigualdades regionais como principais resultados da ação da UE.

Da perspectiva da saúde, a fronteira entre Extremadura—Alentejo adquire com a integração europeia tal grau de permeabilidade que se torna tão somente uma passagem, na qual a mudança de território se mostra nas diferenças de língua, cultura, tradições e direitos. A fusão territorial decorrente da integração europeia torna possível na saúde o acesso ao conjunto de bens e serviços mais próximos e necessários. Os entrevistados explicam que para a saúde a informalidade deste fluxo se de um lado pode sobrecarregar

o sistema de saúde, de outro se não for acordada pode levar ao surgimento de barreiras não-econômicas ao mercado interno (Comunicação Pessoal, 2006a; Comunicação Pessoal, 2006c). O estabelecimento de mecanismos de formalização do fluxo na saúde é, no caso europeu, de interesse dos EM e da UE, para regular situações de trabalho, estudo, migração e turismo. A demanda contínua por serviços de saúde nas fronteiras, baseada na existência dos serviços e nas facilidades de acesso decorrentes da permeabilidade da fronteira e da melhoria da infra-estrutura de comunicação e transporte, ficam, contudo, sob a responsabilidade dos EM.

No caso de Extremadura e Alentejo para atender a estes novos fluxos, os serviços e os governos lançam mão de ferramentas administrativas existentes, como os mecanismos de registro de prestação de serviços e regras de compensação entre os sistemas para o ressarcimento dos gastos. Estabelecem também acordos mais ou menos formais de garantia de acesso a grupos específicos de pacientes, como é o caso do atendimento pré-natal e parto realizados em Extremadura para pacientes vindas de Portugal. A busca espontânea provocou análise da situação das regiões fronteiriças, que levou ao acordo de garantia de atendimento na Espanha e a decisão de encerrar as atividades de maternidade na Cidade de Évora, Portugal, devido à baixa taxa de ocupação. Neste caso, os serviços de saúde são prestados e a fatura enviada ao Governo português que realiza o pagamento à Comunidade Autónoma de Extremadura. O procedimento escolhido para formalizar a prestação de serviços foi de um simples acordo, quase informal, de modo a reduzir trabalhos burocráticos e manter as negociações dentro da capacidade e atribuições da CA.

Neste caso específico, embora a questão da garantia do parto esteja resolvida, permanece o problema do registro civil e compartilhamento das informações do nascimento e do atendimento. A criança nascida na Espanha é registrada como espanhola e entra nas estatísticas de nascidos vivos do País. O filho de cidadãos portugueses é português independente do local de nascimento. A criança cuja mãe portuguesa se beneficia do acordo fronteiriço e nasce em Extremadura recebe, então, dupla nacionalidade. Entretanto, desaparece dos sistemas de acompanhamento sanitário e civil espanhol ao voltar para Portugal.

Os entrevistados relatam ainda a existência de outras iniciativas conjuntas em saúde na Região que utilizam recursos próprios de cada País, voltadas para sistemas de

informação sanitária, estabelecimento de padrões e criação de infra-estrutura de comunicação, de informação e de oferta de serviços.

II.3.2 PROJETOS DE SAÚDE NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA—ALENTEJO

Os projetos de saúde desenvolvidos na Euroregião de Extremadura—Alentejo foram construídos a partir de acordos entre os Países que indicaram campos de ação comuns para o desenvolvimento de atividades fronteiriças. A análise das atividades propostas traduz um diagnóstico e imagem compartilhados de como a Região deve desenvolver-se, além de representar a forma que a Região decide intervir na realidade para modificá-la e atender às necessidades comuns (ver Quadro 5). De acordo com os documentos dos projetos (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2001, 2002, 2005 e 2006), os projetos em conjunto estão focalizados na melhoria da infra-estrutura para o acesso aos serviços de saúde, obtenção de ganhos de escala nos investimentos e para a formação de redes e a qualificação de profissionais. Buscam dotar a Euroregião de capacidade resolutiva e integral contemplando os vários níveis de atenção, na incorporação de tecnologias de informação, de diagnóstico e assistenciais. Pode-se considerar que de forma cooperativa os sistemas de saúde buscam à partir de projetos comuns financiados com recursos europeus a melhoria da qualidade da atenção, da informação sobre os cidadãos e sobre os serviços, a criação de oportunidades de trabalho e de qualificação dos profissionais de saúde. Desse modo, os serviços fronteiriços buscam igualar as disponibilidades e as ofertas de serviços que apoiem o processo de integração e de coesão econômica e social.

QUADRO 6 - CAMPOS DE AÇÃO E ATIVIDADES DOS PROJETOS DE SAÚDE DA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA—ALENTEJO, NO PERÍODO DE 2000 A 2006

Campo de ação	Atividades desenvolvidas na Euroregião
Assistência a saúde	Criação de rede de cirurgiões de hospitais públicos (<i>Surgenet</i>)* Criação de banco de doadores de célula tronco a partir de pesquisa de perfil genético da população (<i>Barcontexal</i>)*
Apoio diagnóstico	Desenvolvimento de sistemas e bancos de dados para diagnóstico remoto em anátomo-patologia com o uso de telemedicina (<i>Telepatologia</i>)* Desenvolvimento e investimento na instalação de sistemas de diagnóstico remoto por imagens (<i>Dimagexal</i>)* Instalação em unidade pública de tomógrafo de emissão de pósitrons (<i>PET CT</i>)* Criação de banco de tecidos e de tumores (<i>Barcontexal</i>)*
Atenção às urgências	Melhoria da infra-estrutura de atendimento a emergências (<i>EMZF I, II e III</i>)* Investimento em unidades de reabilitação cardíaca (<i>EMZF I, II e III</i>)*
Sistemas de informação em Saúde	Inovação e harmonização da infra-estrutura de informática dos serviços de saúde e de informação em saúde (<i>Inforraia</i>)* Informatização, registro e acompanhamento de casos em cuidados paliativos (<i>Cepalex</i>)*
Tecnologia em saúde	Desenvolvimento tecnológico da rede pública em cirurgia (<i>Surgenet</i>)* Desenvolvimento de terapias com células-tronco (<i>Barcontexal</i>)* Fomento à pesquisas (<i>Surgenet</i>)* Disseminação de conhecimentos, de pesquisas, de publicações (<i>Surgenet</i>)* Apoio a eventos e congressos (<i>Surgenet</i>)*
Formação continuada	Desenvolvimento de sistema de formação com uso de telemedicina (<i>Saudee</i>)* Fórum Ibérico de telemedicina (<i>Foribtel</i>)* De equipes para atenção a emergências (<i>EMZF I, II e III</i>)* Em sistemas de informação em saúde (<i>Inforraia</i>)* De cirurgiões dos hospitais públicos (<i>Surgenet</i>)* De equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) em cuidados oncológicos (<i>Forconcexal</i>)* De profissional em cuidados paliativos nos diferentes níveis de atenção (<i>Cepalex</i>)*

Fonte: Elaborado com base nas informações obtidas na Comunicação Pessoal 2006b e nos documentos do projetos obtidos em Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005 e 2006). *As palavras entre parênteses são os nomes dos Projetos.

II.3.3 FUNCIONAMENTO E RESULTADOS DE PROJETOS INTERREG III NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA—ALENTEJO

A Euroregião de Extremadura—Alentejo conforma-se como prioridade de investimentos de fundos europeus devido à dinâmica social e econômica lenta características da Região. O diálogo entre as regiões fronteiriças surge no final dos anos de 1980, quando a UE promove encontros para o desenvolvimento de projetos de infra-estrutura. As duas regiões frente à necessidade de promover relações cooperativas enfrentavam, contudo, dificuldades relacionadas às diferenças entre as estruturas

administrativas e políticas de cada País, que para serem superadas demandam o apoio europeu. Este se concretizou na *Iniciativa INTERREG* direcionada para apoiar projetos específicos do desenvolvimento econômico, mediante ações de cooperação fronteira, transnacional e inter-regional, financiadas com recursos dos fundos estruturais europeus (Comunicação Pessoal, 2006a; Comunicação Pessoal, 2006b). Em 1992, protocolos para a institucionalização e organização da cooperação são firmados entre Extremadura e Alentejo e, a partir daí, são criadas oficinas técnicas para coordenar os trabalhos no território, denominadas Gabinetes de Iniciativas Transfronteiriças (GIT). Os GIT organizam grupos de trabalhos, setoriais e binacionais, integrados por políticos e técnicos que valendo-se de diagnósticos e interesses comuns constroem projetos regionais a serem apresentados à UE, com vistas ao apoio dos fundos estruturais na *Iniciativa INTERREG* (Comunicação Pessoal, 2006a; Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005 e 2006). Os recursos financeiros aportados são o principal instrumento para potencializar as relações fronteiriças, entretanto, é crescente o número de projetos realizados com recursos próprios das administrações regionais ou de outros agentes econômicos.

Os resultados dos projetos na Euroregião de Extremadura—Alentejo se relacionam com os ganhos e com os dilemas por que passa o processo de integração econômica regional na Europa e, certamente, sofrem influência de fenômenos internos a cada País e, por vezes, daqueles por vezes bem distantes das fronteiras, como reprogramação de recursos e redefinição de prioridades européias e nacionais. Segundo os documentos do projeto, o fomento ao desenvolvimento regional na Europa contribui para a redução de barreiras entre as comunidades e para a efetivação das liberdades de circulação no mercado interno (Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005 e 2006). A cooperação entre comunidades fronteiriças com o desenvolvimento de redes de serviços públicos em saúde, por exemplo, ao ser estimulada e fortalecida amplia a coesão econômica e social em todo o território europeu. Tais iniciativas envolvem atores sociais e políticos, do mercado, das universidades e de instituições públicas que compartilham aspectos de identidades relacionadas à fronteira. No domínio econômico

a identificação e uso de mercados, serviços e infra-estrutura situados do outro lado da fronteira produz efeitos espontâneos de superação do isolamento de comunidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da UE é um bem sucedido processo de formação de mercado interno com a inclusão gradual de novos EM sem, contudo, estar livre de conflitos e crises. A saúde, que nos primeiros tratados não tinha relevância assume, a partir do ano de 2000, importância como fator de desenvolvimento, a ser observada em todas as políticas europeias. As responsabilidades pela gestão, organização e financiamento dos serviços de saúde permanecem, contudo, responsabilidades dos EM. Embora os sistemas de proteção social europeus guardem simetrias quanto ao leque de benefícios oferecidos, entre os países é assimétrica a estrutura interna de compartilhamento de responsabilidades em decorrência do desenho dos sistemas de saúde. Os EM acordaram, entretanto, modelo de proteção a saúde a ser observado em todo o espaço europeu, para efetivar as liberdades de circulação de pessoas, bens, produtos e capitais no mercado comum europeu. Regiões fronteiriças são, em geral e na UE, menos desenvolvidas em relação à saúde e em outros aspectos, com déficits estruturais e, passam por fenômenos de extenuações que debilitam as capacidades de acessar os benefícios da integração econômica regional. Amplos esforços têm sido empreendidos na UE, de modo a integrar o território europeu na consolidação do mercado interno e, assim, alcançar a coesão econômica e social.

A experiência da Euroregião de Extremadura—Alentejo ilustra que a integração europeia favoreceu o desenvolvimento da cooperação fronteiriça em saúde entre países, a partir de iniciativas locais, com apoio de recursos financeiros de fundos europeus, ao lado de investimentos próprios. Exibe ainda de que modo o processo de integração repercute na saúde nas fronteiras, em situação de identidades e realidades nacionais jurídicas, políticas, simbólicas, lingüísticas e históricas distintas. O investimento em infra-estrutura geral e de saúde nas fronteiras contribui para o sentimento de pertinência ao espaço europeu, importante para a coesão econômica e social, rompendo históricos isolamentos entre as comunidades fronteiriças, e destas com os centros de decisão e de discussão da integração europeia. A experiência indica ainda que investir na fronteira é investir na integração econômica regional como um todo, à medida que impulsiona a

elevação de padrões regionais para os europeus. O que implica, especialmente no caso da saúde, que a integração econômica favorece condições semelhantes de acesso aos serviços de saúde em todo o espaço regional.

Os serviços de saúde na Euroregião de Extremadura—Alentejo permanecem inseridos nos sistemas e políticas de saúde de cada País e, portanto, subordinados a regras de organização e funcionamento próprias e a políticas específicas. Os projetos de saúde desenvolvidos na Euroregião de Extremadura—Alentejo foram elaborados tendo em conta interesses comuns com base na premissa de que o apoio à solução de deficiências básicas em infra-estrutura, informação e formação de profissionais de saúde é prioritário. Induzir a superação dos déficits estruturais na perspectiva europeia torna possível utilizar a proximidade para criar oportunidades de acesso aos serviços e equipamentos públicos mais especializados. O estímulo à cooperação e integração fronteiriça busca, ainda, superar os efeitos de fronteira como barreira e mobiliza coletivamente o sentimento a favor de dinâmicas mais integradas. A ação da União no domínio da saúde pública respeita as competências dos EM em matéria de organização e prestação de serviços de saúde. Destina-se a oferecer condições para proteger e melhorar a saúde humana e reduzir as desigualdades entre os EM sem pretender a harmonização dos sistemas de saúde.

Projetos em saúde apoiados por fundos europeus derivam da aproximação e do esforço continuado de construção de soluções específicas pelos atores locais que, frente a realidades particulares propõem atividades conjuntas de modo a alcançar metas e padrões europeus, sem perder de vista o local, o regional e o nacional. Ao mesmo tempo em que se manteve a identidade e a vinculação territorial, os dilemas decorrentes das assimetrias territoriais e das diferenças de competências entre os níveis de governo local e regional de dois Países distintos, foram superados por um marco europeu supranacional. As diversidades foram direcionadas para expressar nos projetos as especificidades, o diálogo e cooperação institucional entre os atores locais. A integração regional europeia possibilita naquela fronteira, como em outras da Europa, a utilização de potencialidades regionais que somadas ampliam capacidades técnicas de captação de recursos e de apoio político dentro de cada país e da UE.

A cooperação fronteiriça não se limitou aos aspectos sociais. Outras identidades — relacionadas a história, ao meio ambiente, a cultura, aos saberes tradicionais — foram

estimuladas concorrendo para o sentimento de pertinência à UE e aproximando as comunidades cotidianamente. Além de ações de saúde, integram o leque de atividades fronteiriças cursos de línguas, atividades desportivas, culturais, voltadas para jovens e idosos. A abordagem de questões ambientais, como a gestão dos recursos hídricos e a recuperação de áreas degradadas contribuem para que a cooperação e a integração fronteiriça sejam percebidas como ferramentas para enfrentar a história de desigualdade e isolamento. As relações na fronteira têm se transformado em estímulo ao desenvolvimento nas duas direções, mantendo as identidades de cada lado. A participação de segmentos sociais foi necessária para aproximar territórios e consolidar novas relações no espaço europeu.

Com diversos ganhos a cooperação fronteiriça necessita, contudo, a continuidade do apoio europeu. Ainda que esforços e investimentos tenham sido direcionados àquelas regiões, permanecem vários riscos e dificuldades relacionados à integração e a fenômenos como a mudança do perfil de ocupação territorial ou vulnerabilidades de economias locais relacionadas a situação periférica nos Países.

Na América do Sul existem diversos movimentos de integração entre países. O MERCOSUL é um dos mais importantes e almeja no futuro atingir profundidade semelhante a da UE. Vale, portanto, traçar paralelos entre os processos que contribuam para projetar políticas, estratégias e diretrizes de proteção social e acesso aos serviços de saúde no MERCOSUL. No MERCOSUL as fronteiras tendem a apresentar piores indicadores de saúde, em parte resultantes da situação periférica e do déficit de infraestrutura e investimentos específicos. A situação fronteiriça europeia estudada mostra que a integração econômica regional possibilitou a formalização de acordos locais e o desenvolvimento de projetos comuns de interesse loco-regional. Estes projetos desenvolvidos em um marco de proteção à saúde acordado previamente levaram à melhoria das condições de acesso a bens e serviços públicos e ao sentimento de pertinência a região e a União. A experiência da UE indica que para avançar e consolidar processos de integração, áreas com déficits estruturais necessitam investimentos e projetos específicos.

A Europa ensina que a integração tem também riscos e tensões. Parte deles relacionada à polaridade exercida por centros mais desenvolvidos em relação às regiões periféricas. Políticas voltadas a reduzir diferenças internas no acesso aos bens e

serviços públicos e promover a coesão social foram priorizadas e implementadas, criando padrão comum de qualidade e perfil de oferta de serviços como referência para os países e garantias para os cidadãos. O respeito às particularidades de cada povo, país e política mantêm-se vivo na UE mediante a valorização da diversidade cultural e do diálogo.

RESUMO

A Europa, com processo de integração econômica regional de mais de 50 anos, construiu estratégias para enfrentar problemas, similares àqueles com os quais deve se deparar o MERCOSUL, decorrentes de diferenças estruturais entre Estados Membros, que levam a desigualdades no acesso aos benefícios da integração e comprometem a conformação do mercado interno. O presente capítulo descreve, com ênfase na saúde, os principais processos e instituições que dão sustentação à União Européia, os efeitos da integração nos sistemas sanitários e os mecanismos adotados para desenvolver capacidades econômicas em todo o território e apoiar a coesão econômica e social. Analisa o caso da Euroregião de Extremadura–Alentejo, fronteira entre Espanha e Portugal, a partir de visitas, entrevistas com gestores dos sistemas de saúde dos dois países, dos níveis central e local, e informações de documentos e coletadas em bancos de dados. O texto indica como a UE lidou com problemas comuns de processos de integração econômica regional e também do MERCOSUL, tais como déficits estruturais e isolamento das regiões fronteiriças, comprometendo recursos europeus e orientando ações em projetos de melhoria da infra-estrutura e de desenvolvimento econômico e social com vistas à alcançar padrões europeus de saúde e de acesso aos bens e consumo.

Integração econômica regional, acordos fronteiriços em saúde, coesão econômica e social, saúde na fronteira.

COLABORADORES

L Guimarães e VP Queiroz compartilham a autoria do artigo na concepção, estrutura, pesquisa de campo e de referências, análise das informações e na aprovação final para publicação. L. Guimarães preparou a primeira versão, revisada e elaborada conjuntamente pelos autores.

AGRADECIMENTOS

O artigo foi produzido durante o Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior, da *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*, realizado na *Escuela Nacional de Sanidad, do Instituto de Salud Carlos III, España* (ENS/ISCIII/MSC).

Agradecemos as colaborações para a realização da visita de campo de Jose-Manuel Freire, Jose María Vergeles e João Nunes-Abreu e os comentários de Ligia Giovanella.

L. Guimaraes é bolsista do *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq) e da *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (Capes) e funcionária do *Ministério da Saúde* do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baganha MI, 2005. A cada Sul o seu Norte: dinâmicas migratórias em Portugal. In: Santos BS (organizador). A Globalização e as Ciências Sociais. São Paulo: Editora Cortez, 2005. p. 133-158.

Baron Crespo E, 1994. Europa en el Alba de Milenio. Madrid: Acento Editorial; 1994.

Cabiedes L, Guillén A, 1997. ¿Hacia a la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? In: Moreno L (compilador). Unión Europea y Estado del Bienestar. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Madrid, 1997; p. 373-403.

Comisión Europea, 1992. Tratado de la Unión Europea. Diario Oficial nº. C191 de 29 de julio de 1992. <http://europa.eu.int/eur-lex/lex/es/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html> (acesso em 16 de julho de 2006).

Comisión Europea, 1997. Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de La Unión Europea, Los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y Determinados Actos Conexos. Diario Oficial nº. C340 de 10 de noviembre de 1997. <http://europa.eu.int/eur-lex/lex/es/treaties/dat/11997E/htm/11997E.html#0173010078> (acesso em 16 de julho de 2006).

Comisión Europea, 2000. El ABC del Derecho Comunitario. Serie Documentación Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2000.

Comisión Europea, 2003a. Doce lecciones sobre Europa. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.

Comisión Europea, 2003b. El funcionamiento de la Unión Europea. Guía del ciudadano sobre las instituciones de la Unión Europea. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.

Comisión Europea, 2003c. Al servicio del ciudadano europeo. Como trabaja la Comisión Europea. Serie Europa en movimiento. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.

Comisión Europea, 2004. Una Constitución para Europa—Constitución adoptada por Jefes de Estado o de Gobierno. Presentación a los ciudadanos. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2004.

Comisión Europea, 2005. Al servicio del ciudadano europeo. Qué hace por nosotros la Comisión Europea. Serie Europa en movimiento. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2005.

Comisión Europea, s/dataa. Instituciones y otros órganos de la Unión Europea. Instituciones de la UE. http://europa.eu/institutions/inst/index_es.htm (acesso em 19 de julho de 2006).

Comisión Europea, s/datab. Los procedimientos decisorios de la Unión. El principio de subsidiariedad y el cometido de los parlamentos nacionales. http://europa.eu/scadplus/constitution/subsidiarity_es.htm (acesso em 16 de julho de 2006).

Comisión Europea, s/datac. Visión general: estrategia. http://ec.europa.eu/comm/consumers/index_es.htm (acesso em 31 de maio de 2006).

Comisión Europea, s/datad. Perspectiva de la política sanitaria. http://ec.europa.eu/comm/health/index_es.htm (acesso em 31 de maio de 2006).

Comissão Europeia, 2004. Parecer do Comitê Econômico e Social Europeu sobre A contribuição das demais políticas comunitárias para a coesão económica e social. Jornal Oficial nº C010 de 14/01/2004 p. 0092–0105. <http://eur->

lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/oj/2004/c_010/c_01020040114pt00920105.pdf (aceso em 15 de janeiro de 2007).

Comissão Europeia, 2002. As políticas estruturais e os territórios da Europa, Cooperação sem Fronteiras. Luxemburgo, 2002. http://ec.europa.eu/regional_policy/interreg3/documents/cooperation_pt.pdf (acesso em 11 novembro de 2006).

Comissão Europeia, 2005. Uma parceria reforçada entre a União Europeia e a América Latina. Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu. Bruxelas, 8.12.2005 COM(2005) 636 final. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0636pt01.pdf (acesso em 12 de dezembro de 2006).

Comunicação pessoal, 2006a. Diretor-Geral de Formação, Inspeção e Qualidade Sanitária do Conselho de Qualidade e Consumo da Junta de Extremadura, feita na Cidade de Mérida, Província de Badajoz, Extremadura, em 22 de agosto de 2006.

Comunicação pessoal, 2006b. Técnicos da equipe da Diretoria-Geral responsáveis pelo desenvolvimento e gerenciamento de sistemas de informação e acompanhamento de projetos com recursos comunitários feita na Cidade de Mérida, Província de Badajoz, Extremadura, Espanha em 22 de agosto de 2006.

Comunicação pessoal, 2006c. Assessores do Ministério de Estado da Saúde para as áreas de gestão e de acompanhamento, com experiência de participação em instâncias de negociação da UE feita na Cidade de Lisboa, Portugal em 24 de agosto de 2006.

Condé EAS, 2004. Laços da Diversidade: a Europa Social e o *Welfare* em Movimento (1992-2002) [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Cortes Españolas, 1978. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. BOE 29/12/1978. http://www.derecho.com/xml/disposiciones/trini/disposicion.xml?id_disposicion=33013 (acesso em 8 de outubro de 2006).

Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2001. Documento único de programação INTERREG III 2000-2006, Cooperação Transfronteiriça Portugal-Espanha, dezembro de 2001. <http://www.qca.pt/iniciativas/docs/vertenteA.pdf> (acesso em 20 de agosto de 2006).

Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2002. Complemento de Programação, Documento único de programação INTERREG III A 2000-2006, Cooperação Transfronteiriça Portugal-Espanha, maio de 2002. http://www.qca.pt/iniciativas/docs/CP_III_A.pdf (acesso em 20 de agosto de 2006).

Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2005. Cooperação Transfronteiriça Portugal-Espanha, PIC INTERREG III A, Complemento de Programação 2ª. versão, maio de 2005. <http://www.qca.pt/iniciativas/interreg.asp> (acesso em 20 de agosto de 2006).

Direção Geral do Desenvolvimento Regional e Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, 2006. Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Portugal-Espanha, 2007-2013, novembro de 2006. <http://www.ccdr-a.gov.pt/default.asp?eixo=3&id=39> (acesso em 20 de agosto de 2006).

Dubois C-A, McKee M, 2004. Health and health care in the candidate countries to the European Union: common challenges, different circumstances, diverse policies. In: McKee M, Nolte E (editors). Health policy and European Union enlargement. European Observatory on Health Systems and Policies Series. London: Open University Press; 2004. p.41-63.

España, 1986. Jefatura del Estado, España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29/4/1986. <http://www.060.es/canales/legislacion/servicios/disposiciones/25326-ides-idweb.jsp> (acesso em 16 de setembro de 2006).

Espanha, 2002. Tasa de mortalida infantil, segun comunidad autónoma, España, 1981-2002. Salud Maternoinfantil. Indicadores de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, s/data. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/TABLA_5_1_1.xls (acesso em 1 de abril de 2007).

Espanha, 2005. Catálogo Nacional de Hospitales, 2006. Instituto de Información Sanitaria, Agencia de Calidad del SNS, Ministério de Sanidad y Consumo, 31 de diciembre de 2005. p. 12 e 13. http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH_2006.pdf (acesso em 1 de abril de 2007).

España, 2006a. Sistema Nacional de Salud–SNS. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Madrid: Artes Gráficas Palermo, S.L.; 2006. <http://publicaciones.administracion.es> (acesso em 15 de maio de 2006).

Espanha, 2006b. Salud. Anuário Estadístico de España, 2006. p. 205-206. http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario06/anu06_05salud.pdf (acesso em 1 de abril de 2007).

Espanha, s/data. Población por fecha de referencia, comunidad autónoma, sexo, edad y año (2002-2017). Proyecciones de población Base Censo 2001: escenario. Proyecciones de población. Base Censo 2001. Demografía y población. Profesionales sanitarios colegiados 2004. Instituto Nacional de Estadística INE. – Sistema Inebase. http://www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/inebase/temas/t20/p251/proy_2001/10/&FILE_AXIS=02001.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/ (acesso em 1 de abril de 2007).

European Commission, 1999. Report on Community Policies and Spatial Planning. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/reports/pdf/coordfon/report_en.pdf (acesso em 5 de maio de 2007).

European Commission, 2004. Revised Strategy for Social Cohesion. European Committee for Social Cohesion (CDCS). Strasbourg, 27 april 2004. CDCS (2004) 10 http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/RevisedStrategy_en.pdf (acesso em 15 de dezembro de 2006)

European Communities, 1999. European Spatial Development Perspective. Towards Balanced and Sustainable Development of the Territory of the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/reports/pdf/sum_en.pdf (acesso em 5 de maio de 2007).

Eurostat, s/dataa. Total population at 1 January (1000). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C11/caa10000 (acesso em 18 de março de 2007).

Eurostat, s/datac. Total number of practising physicians (per 100000 inhabitants). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C2/C25/cbb31504 (acesso em 18 de março de 2007).

Eurostat, s/datad. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=

PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C2/C25/cbb30480 (acesso em 18 de março de 2007).

Eurostat, s/datae. Infant mortality (per 1000 live births). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C14/cba13072 (acesso em 18 de março de 2007).

Eurostat, s/dataf. Eurostat, s/data. Healthy life years at birth, by gender. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=sdi_ph&root=sdi_ph/sdi_ph/sdi_ph1000 (acesso em 18 de março de 2007).

Eurostat, s/datag. Life expectancy at birth (years). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C14/cba10000 (acesso em 18 de março de 2007).

Freire JM, 2001. El Sistema Sanitario Publico: perspectivas de futuro. In: Fernández García T, Marín Sánchez M, compilación. Estado de Bienestar y socialdemocracia: ideas para el debate. Alianza Editorial. Madrid, 2001. p. 129-78.

Freire JM, 2004. La Atención Primaria de la Salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro Lopez V, coord. El Estado de Bienestar en España. Madrid: Tecnos; 2004. p. 239-291.

Freire JM, 2005. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Sanidad: importancia y retos de la universalización y equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Editora Ariel, 2005. p. 61-99.

Hermans LLMB, Brouwer W, 2003. Quality issues on cross-border care: a literature search, 2003. http://www.ehma.org/Quality_Issues_on_Crossborder_Care.pdf (acessado em 7 de fevereiro de 2005).

Hubel M, Price C, 2005. Action by the European Union on health inequalities. Eurohealth, 2005;11(4):4-5.

Guimaraes L, Giovanella, L, 2006. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2006 22(9):1795-1807.

Jornal El País, 2006. Portugués nacido en Badajoz. http://www.elpais.es/articulo/ultima/Portugues/nacido/Badajoz/elpporsoc/20060907/elpepiult_1/Tes/ (acesso em 7 de setembro de 2006).

Junta de Extremadura, 2001. Estadísticas de las Regiones Fronterizas de Extremadura, Alentejo y Región Centro. Consejería de Economía, Industria y Comercio. Badajoz, 2001. http://www.juntaex.es/consejerias/eic/dgpp/regiones_fronterizas/pdfs/regiones_fronterizas.pdf (acesso em 20 de agosto de 2006).

Kemm J, 2006. Health impact assessment and Health in All Policies. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (editors). Health in All Policies: prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health of Finland. Finland, 2006. p. 189-207. <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subj/inter/eu2006/hiap/index.htx.i1153.pdf> (acesso em 10 de janeiro de 2007).

Koivusalo MT, 2005. The future of European health policies. Int J Health Serv 2005; 35(2):325-42.

Koivusalo M, 2006. Moving health higher up the European agenda. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (editors). Health in All Policies: prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health of Finland. Finland, 2006. p. 21-38. <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/inter/eu2006/hiap/index.htx.i1153.pdf> (acesso em 10 de janeiro de 2007).

Mansito F, 2006. Sobre la integración europea. Se hace camino al andar. ICE, Jul-Ago 2006. N.º 831:17-29. <http://www.revistasice.com/Estudios/Documen/ice/831/ICE8310105.pdf> (acesso em 8 de fevereiro de 2006).

OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries – CD-Rom

Paton C, Berman PC, Busse R, Ong BN, Rehnberg C, Renck B, Nora Avilés NR, Silio Villamil F, Sundh M, Wismar M, 2002. The Europe union and health services: summary. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 1-13.

Porto, MCL, Flores Jr RG, 2006. A coesão econômica e social e a política regional. In: Teoria e Política de Integração na União Europeia e no Mercosul. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 183-214.

Portugal, 1990. Lei de Bases da Saúde. Lei n.º. 48/1990, de 24 de agosto. Ministério da Saúde de Portugal. http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leiba_sessaude.htm (acesso em 2 de fevereiro de 2007).

Portugal, 2001. Artigo 64º - Saúde. da Constituição da República Portuguesa. Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro. Ministério da Saúde. <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/Constituicao.htm> (acesso em 2 de fevereiro de 2007).

Portugal, 2004a. População residente por grandes grupos etários, em 31 de dezembro de 2005. Estimativas. População e Condições Sociais. Indicadores Estatísticos Gerais. Instituto Nacional de Estatística, Sistema Infoline. <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=64> (acesso em 1 de abril de 2007).

Portugal, 2004b. Estabelecimentos de Saúde em 2004. População e Condições Sociais. Indicadores Estatísticos Gerais. Instituto Nacional de Estatística, Sistema Infoline. <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=58> (acesso em 1 de abril de 2007).

Portugal, 2004c. Pessoal em saúde. População e Condições Sociais. Indicadores Estatísticos Gerais. Instituto Nacional de Estatística, Sistema Infoline. <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=59> (acesso em 1 de abril de 2007).

Portugal, 2004d. Principais indicadores demográficos, 2005. População e Condições Sociais. Indicadores Estatísticos Gerais. Instituto Nacional de Estatística, Sistema Infoline. <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=17> (acesso em 1 de abril de 2007).

Portugal, 2005. Constituição da República Portuguesa. Lei Constitucional n.º. 1/2005, de 12 de agosto. Sétima revisão constitucional, 2005. Diário da República – I Série-A, N.º. 155, 12 de Agosto de 2005, p. 4642-86. http://www.parlamento.pt/const_leg/revisao_const/7revisao/155a00.pdf (acesso em 10 janeiro de 2007).

Portugal, 2006. Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º. 212/2006, de 27 de outubro. Diário da República, 1ª. Série – N.º. 208 – 27 de Outubro de 2006. p. 7517-25. Ministério da Saúde. <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/95B382AE-9BA8-44A6-8847-3311AF8D7BEA/0/75177525.pdf> (acesso em 2 de fevereiro de 2007).

Portugal, s/data. Mapa INTERREG III A, Programa para a Fronteira Portugal-Espanha, 2000-2006. Cooperação Transfronteiriça, Áreas Elegíveis em Portugal, INTERREG III, Iniciativas Comunitárias. <http://www.qca.pt/iniciativas/mapa1.html> (acessado em 26 de março de 2007).

Rico A, Sabés R, 2001. Sistemas sanitarios en transición: España. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, Oficina Regional de la OMS, 3(17), 2001.

Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, Glinos IA, 2006. Patient mobility: context and issues. In: Rosenmoller M, McKee M, Baeten R (editors). Patient Mobility in the European Union-learning from experience. The European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2006. p. 1-7. http://www.euro.who.int/Document/Obs/Patient_Mobility.pdf (acesso em 23 de maio de 2006).

Stuart AM, 2004. Regionalismo e democracia: o surgimento da dimensão subnacional na União Européia. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP (organizadores). A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo: Edusc; 2004. p. 109-157.

União Européia, 1971. Regulamento CEE N. 1408/71, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade. http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=pt&numdoc=31971R1408 (acessado em 07/Fev/2005).

Villamil FS, Rodríguez MAP, Avilés NR, 2002. Impacto de las Políticas de la Unión Europea sobre los Sistemas Sanitarios. In: Cabasés JM, Villalbí JR, Airbar C (editores). Investir para la Salud. Prioridades en salud pública. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Barcelona, 2002, volumen II, p. 343-76.

Walsh J, 2004. O Fundo de Coesão em mutação. Inforregio Panorama Nº.14,Set,2004:3-7. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/panorama/pdf/mag14/mag14_pt.pdf (acesso em 20 de agosto de 2006).

WHO, 2005. Portugal and Spain. In: Grosse-Tebbe S, Figueras J. (editors). Snapshots of health systems. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2005. p. 41-45. <http://www.euro.who.int/document/e87303.pdf> (acesso em 15 de setembro de 2006).

Wismar M, Busse R, Berman P, 2002. The Europe Union and Health Services–The Context. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). 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, Paton C, Silió Villamil F, Romo Avilés N, Prieto Rodríguez MA, Sundh M, Renck Barbro, 2002. Transposition of European Directives into National Legislation. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press; 2002:49-59.

PARTE II
MERCOSUL E SAÚDE

CAPÍTULO 4

AGENDA REGIONAL DA SAÚDE: INTEGRAÇÃO E ESTRUTURA NO MERCOSUL¹⁷

INTRODUÇÃO

O *Mercado Comum do Sul* (MERCOSUL) é das mais importantes iniciativas de integração econômica regional da América do Sul, que guarda em suas fundações a perspectiva de conformar mercado único à semelhança da União Européia. Em certa medida, a constituição do MERCOSUL, no ano de 1991, segue onda mundial de movimentos econômicos (Sennes, 2002) de integração e formação de blocos regionais, presentes em todos os continentes. O desenvolvimento de alianças multilaterais nos anos de 1980 na América do Sul é simultâneo à consolidação democrática e às crises econômicas e políticas na Região (Figueras, Musgrove, Carrin e Duran, 2002). Reflete a crescente interdependência econômica dos mercados, que incentiva a busca de compromissos e cooperação entre países, em cenários onde cada vez mais movimentos externos causam efeitos em políticas domésticas (Coutinho, 2002), e, processos internos de reformas se orientam para a ordem político-econômica internacional (Stuart, 2002).

Nas diversas modalidades existentes de integração econômica regional a inclusão de questões sociais, nos objetivos da associação, ainda é tímida e de raras exceções (Oliveros, 1995; Godue, 1998; Aguerre, Balbis e Sarachu, 2002; Simionatto, Nogueira e Gomez, 2004; Porto e Flores Jr, 2006a; Porto e Flores Jr, 2006b). Ainda que não seja objetivo pautado na agenda dos blocos, os resultados desses causam impacto na saúde (Paton et all, 2002; Wismar, Busse e Berman, 2002; Wismar et all,

¹⁷ Capítulo elaborado em duas partes, com vistas a ser apresentado para publicação na Revista Panamericana de Salud Pública como dois artigos: um sobre a constituição e institucionalidade do MERCOSUL, e outro sobre a agenda regional da saúde.

2002), tanto por ampliar as relações comerciais no intercâmbio de bens e produtos, quanto por alterar a mobilidade de pessoas por motivos de negócios, investimentos, comércio, estudo e turismo (Bolis, 1999).

Na atualidade, o MERCOSUL caracteriza-se como modalidade de integração denominada união aduaneira, etapa intermediária para o alcance do mercado comum, caracterizada pela livre mobilidade de fatores produtivos (capital e trabalho), adoção de política comercial comum (tarifa externa comum) e coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais. O MERCOSUL contempla realizações em diversas políticas públicas como educação, justiça, cultura, transportes, energia, meio ambiente e agricultura. A saúde é, no MERCOSUL, abordada em dois foros específicos. A Reunião de Ministros do MERCOSUL (RMS) criada em 1995 e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) desde 1996. Estes foros subdividem-se em cerca de trinta organismos, cujo saldo de resultados é sete acordos firmados entre os Estados Parte na RMS até 2006 (Brasil, 2006e), e oitenta resoluções harmonizadas pelo SGT 11 Saúde até 2005, das quais setenta estão incorporadas aos ordenamentos jurídicos nacionais de cada Estado Parte (Brasil, 2006b).

O presente capítulo revisa a agenda de saúde na integração e estrutura do MERCOSUL a partir de pesquisa documental, revisão bibliográfica, visitas e entrevistas semi-estruturadas junto aos organismos do MERCOSUL. O objetivo é descrever e analisar a institucionalidade, a organização, os processos decisórios e os temas incluídos na pauta de debate e decisões, verificando tendências de convergência e harmonização, dificuldades e facilidades. O capítulo está organizado em duas partes, uma referente ao MERCOSUL e outra à agenda regional da saúde. A parte dedicada ao MERCOSUL revisa origens, antecedentes e institucionalidade do Bloco nos aspectos de formação, organização e funcionamento. Dividi-se nos tópicos: antecedentes da integração regional na América Latina, os tratados e protocolos constituintes do MERCOSUL, o histórico e as instituições do MERCOSUL e propõe uma visão de conjunto das iniciativas sul-americanas de integração. A segunda parte do capítulo centra-se na descrição e análise da saúde na agenda regional e de processos de formulação e decisão no MERCOSUL. A agenda da saúde é abordada sob quatro aspectos: a construção da institucionalidade da saúde no MERCOSUL, a Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde e as respectivas agendas de saúde. Em

seguida, descreve-se e analisa-se aspectos do processo decisório em saúde no MERCOSUL, traçando paralelos com o Europeu. Nas considerações finais os aspectos descritos são analisados à luz da experiência europeia.

PARTE I – INTEGRAÇÃO REGIONAL, ANTECEDENTES E INSTITUCIONALIDADE DO MERCOSUL

I.1 – INTEGRAÇÃO ECONÔMICA REGIONAL

A integração econômica regional corresponde a uma política de Estado que faz parte dos fenômenos de abertura econômica e de globalização, os quais resultam no aumento de circulação de mercadorias, produtos, serviços e pessoas. Objetiva criar condições econômicas mais favoráveis para os países membros, mediante a integração de diferentes áreas da economia que atuam como barreiras à livre circulação comercial. Nestes processos, os países podem optar por aprofundar as relações de integração até domínios mais profundos como segurança e política exterior (Porto e Flores Jr, 2006a).

A integração pode ocorrer em cinco níveis distintos que vão acumulando atividades compartilhadas, de acordo com a profundidade da integração (ver Quadro 1). A *zona de livre comércio* é o primeiro nível de integração econômica que ocorre quando entre os participantes existe livre circulação fatores de produção, como bens e serviços, por eliminação de barreiras ao comércio. A *união aduaneira* combina a zona de livre comércio com uma política comercial comum em matéria tarifária, em relação aos outros países (terceiros países) denominada tarifa externa comum (TEC). O *mercado comum* é o terceiro nível de integração e caracteriza-se pelo avanço da união aduaneira no sentido da coordenação de políticas setoriais e na harmonização de legislações. O nível seguinte é a *união monetária* quando o mercado comum é combinado com a adoção de política monetária e moeda única. A *união política* é o nível mais profundo de integração econômica regional, representando o avanço de união monetária para a unificação de políticas de segurança, interior e exterior (Brasil, 2005; Porto e Flores Jr, 2006a).

QUADRO 1 - MODALIDADES DE INTEGRAÇÃO ECONÔMICA E ATIVIDADES COMPARTILHADAS

Modalidade de integração	Atividades compartilhadas
Zona de livre comércio	Eliminação de barreiras comerciais à livre circulação de produtos, bens e serviços.
União aduaneira	+ tarifa externa comum para outros países devido à Política comercial comum.
Mercado comum	++ políticas setoriais e legislações diversas harmonizadas.
União monetária	+++ adoção de política monetária e moeda única.
União política	++++ unificação de políticas.

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, 2005; Porto e Flores Jr, 2006a. Observação: + Indicam a profundidade da modalidade de integração, onde a cada nível as atividades do nível anterior são incorporadas.

O Mercado Comum do Sul —MERCOSUL— foi constituído em 1991 integrando a Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai como Estados Partes. Em 2006, o Bloco soma cinco Estados Partes com a adesão da Venezuela que fora Estado Associado ao MERCOSUL desde 2004. Participam do MERCOSUL cinco países como Estados Associados: a Bolívia e Chile desde 1996, o Peru desde 2003 e, a Colômbia e Equador desde 2004. Os fundamentos normativos do MERCOSUL constam do *Tratado de Assunção*, assinado em 1991, e do *Protocolo de Ouro Preto*, datado de 1994, além de extensa legislação subsequente. Os Tratados fundadores da integração econômica regional no MERCOSUL contemplam a conformação de um mercado interno, com a liberação do comércio de bens e de serviços e a livre circulação de pessoas e capitais entre os Estados Partes. Entretanto, o Bloco logrou em 2006 evoluir até o nível de *união aduaneira*, com o alcance de acordos para tarifa externa comum e livre comércio intrazonal (Congresso Nacional, 2005).

O MERCOSUL não é a única ou a primeira iniciativa de integração econômica na América do Sul (Porto e Flores Jr, 2006c). Tem antecedentes em movimentos associativos regionais iniciados nos anos de 1960 e, representa um processo em transformação e em construção que se nutre de iniciativas mais avançadas como o é a União Européia (Porto, Flores Jr, 2006a). Entretanto, o MERCOSUL é o bloco regional sul-americano que conseguiu nível mais avançado de integração como *união aduaneira*.

I.2 – INICIATIVAS DE INTEGRAÇÃO NA AMÉRICA DO SUL

Na América do Sul ocorrem movimentos e dinâmicas variadas de acordos comerciais entre os países expressando tentativas de integração e comércio na Região (ALADI, s/data; ALBA, s/data; CAN, s/data; CASA, s/data; Brasil, s/dataa). As experiências sul-americanas seguem tendência de acordos de integração econômica regional bilateral ou multilateral. Acordam metas, marco legal e institucional específicos para cada caso, o que se manifesta na pluralidade de iniciativas regionais. Em geral, predominam relações econômicas comerciais privilegiadas entre os parceiros, providas por instituições intergovernamentais como parte das estratégias de assimilação de processos de globalização e de abertura comercial mundial. Ainda que incipientes, as experiências sul-americanas são importantes para as economias internas e regionais ao operar transformações progressivas. Representam esforços regionais conjuntos para superar conflitos de interesses, aumentar segurança coletiva, aproveitar vantagens regionais de escala e melhorar eficiência de recursos, além de buscar benefícios coletivos, compartilhar gastos institucionais e uso de infra-estrutura (Godue, 1998) e para a tomada de posição comum frente a temas internacionais.

A *Associação Latino-Americana de Livre Comércio* (ALALC) precedeu a *Associação Latino-Americana de Integração* sendo constituída em 1960 por Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Os sete países associados objetivavam ampliar mercados e expandir o comércio recíproco. No ano de 1980, com a adesão da Bolívia, Colômbia, Equador e Venezuela, os onze países firmaram tratado substituindo a ALALC pela *Associação Latino-Americana de Integração* (ALADI). A ALADI como organismo intergovernamental aprofundou os objetivos da integração econômica a fim de estabelecer um mercado comum latino-americano. No ano de 1999, Cuba se incorporou à ALADI, completando doze nações participantes (ALADI, s/data). Esta foi uma importante sinalização dos países sul-americanos do desejo em consolidar o diálogo regional. O MERCOSUL que foi constituído trinta e um anos após vale-se de regulamentos da ALADI para avançar no marco de relações (Secretaria do Mercosul, 2006c).

A *Comunidade Andina de Nações* (CAN) integrada pela Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela foi constituída em 1969 (CAN, s/data). Os cinco membros da CAN organizaram um conjunto de órgãos e instituições, também com objetivos de

integração sub-regional e com vista a alcançar um mercado comum até o ano de 2005. A CAN inclui no diálogo de integração três convênios no setor social: educação (*Andrés Bello*), saúde pública (*Hipólito Unanue*) e migração e trabalho (*Simon Rodriguez*) (Oliveros, 1995). Em 2004, Cuba e Venezuela constituem a *Alternativa Bolivariana para a América* (ALBA) que em 2006 recebe a adesão de Bolívia e em 2007 de Nicarágua (ALBA, s/data). A ALBA constitui-se como processo de integração que se funda nos princípios de cooperação, solidariedade e complementariedade, com importante liderança da Venezuela.

Em 1985 Argentina e Brasil estreitam relações bilaterais que se desenvolvem até tratado de integração e acordo de complementação econômica para a criação de zona de livre comércio de bens, precursores do MERCOSUL. Em 1991, com a adesão do Paraguai e Uruguai ao MERCOSUL, os países dão salto qualitativo com o *Tratado de Assunção* estabelecendo a criação de um mercado comum do sul (Brasil, s/data; MERCOSUL, 1991a). A ALADI e a CAN mantêm relações com o MERCOSUL (ALADI, s/data; CAN, s/data; Sosa, 2004) (ver Quadro 2).

A mais recente iniciativa de integração regional é a *Comunidade Sul-Americana de Nações* (CASA) que finalmente integra todos os doze países sul-americanos em um único bloco —Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela— (CASA, s/data). A idéia da CASA surge nas Cúpulas de Presidentes da América do Sul, realizadas nos anos de 2000, 2002 e 2004, no Brasil, Equador e Peru respectivamente. Foi lançada em 2004, na IIIª. Cúpula de Presidentes da América do Sul e já realizou duas Cúpulas: em 2005 no Brasil e em 2006 na Bolívia. (Gudynas, 2006a; Gudynas, 2006b). A constituição da CASA pretende ser progressiva de modo a aprofundar os processos de integração já existentes na Região, inclusive no que tange à institucionalidade e convergências, tendo por base a integração energética e de comunicações. Está orientada por cinco princípios: solidariedade e cooperação, soberania e autodeterminação dos povos, paz, democracia e pluralismo e harmonia com a natureza. As áreas prioritárias de ação definidas incluem o diálogo político, a integração física, o meio ambiente, a integração energética, telecomunicações, mecanismos financeiros, assimetrias, promoção de coesão social, inclusão social e de justiça social (CASA, s/data). Esta nova iniciativa expressa preocupação contemporâneas da Região e está sendo concebida em espaços

diplomáticos, pelos Ministérios de Relações Exteriores, mas é vinculada às figuras dos Presidentes e se consolida com a renovação democrática em nove processos eleitorais recentes na Região (ver Quadro 2).

QUADRO 2 - INTEGRAÇÃO NA AMÉRICA DO SUL E ADESÃO DE PAÍSES, SITUAÇÃO EM 2006.

País sul-americano e ano de adesão	Bloco e ano de criação e adesão				
	Comunidade Andina de Nações CAN 1969	Associação Latino-Americana de Integração ALALC 1960 ALADI 1980	Mercado Comum do Sul MERCOSUL 1991	Alternativa Bolivariana para a América ALBA 2004	Comunidade Sul-Americana de Nações CASA 2004
Argentina	--	1960	1991	--	2004
Bolívia	1969	1980	1996	2006	2004
Brasil	--	1960	1991	--	2004
Chile	--	1960	1996	--	2004
Colômbia	1969	1980	2004	--	2004
Equador	1969	1980	2004	--	2004
Guiana	--	--	--	--	2004
Paraguai	--	1960	1991	--	2004
Peru	1969	1960	2003	--	2004
Suriname	--	--	--	--	2004
Uruguai	--	1960	1991	--	2004
Venezuela	--	1980	2006	2004	2004
População 2005	95.978.000	492.542.000	375.795.000	52.687.000	376.532

Fonte: Elaboração própria com base em ALADI, s/data; ALBA, s/data; CAN, s/data; CASA, s/data; Brasil, s/data; WHO, 2006. Obs.: Cuba (1980) e México (1960) integram a ALADI e estão incluídos na população 2005. Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru são Estados Associados do MERCOSUL e estão incluídos na população 2005. A Venezuela se desvincula da CAN em 2005, adere ao MERCOSUL em 2004 como Estado Associado e passa a Estado Parte em 2006 e está incluída na população de 2005. Cuba (2004) funda com a Venezuela a ALBA que recebe adesão da Bolívia e da Nicarágua adere em 2007, todos estão incluídos na população 2005.

Os processos de integração na América do Sul são relativamente recentes e muito dinâmicos, portanto, devem ser observados quanto aos rumos que consolidam. Exibem, contudo, a disposição dos governos em buscar minimizar custos da abertura comercial e refletem a convergência de processos de redemocratização na Região (Balbis, 2002:9). O exercício de integração regional já repercute no cenário internacional. A oposição conjunta às negociações da *Rodada de Doha*, proposta no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), para diminuir barreiras ao livre comércio para os países em desenvolvimento e abertura dos mercados agrícolas e industriais valeu-se dos debates regionais. Contribuiu, ainda, para a reação à proposta

dos Estados Unidos de criar a *Área de Livre Comércio das Américas* —ALCA— ainda que alguns países tenham firmado acordos bilaterais com os Estados Unidos (Chile, Peru, Colômbia). Persistiram, entretanto, entre os Estados Sul-Americanos posições distintas no cenário internacional quanto à candidatura da OMC, eleição no Banco Interamericano de Desenvolvimento e na Organização dos Estados Americanos, negociação da dívida com o Fundo Monetário Internacional e na renovação da Organização das Nações Unidas (Gudynas, 2006c). Além destas, surgiram divergências locais e regionais que comprometem os vínculos regionais, como o caso da fábrica de papel (BID, 2006:72-80).

A pluralidade, a fragilidade e o dinamismo dos blocos sul-americanos tendem a ser entendidos como resultantes de contextos interno de cada país, da Região e mundial (Gudynas, 2006c). Dificuldades comerciais, institucionais, crises e políticas internas em cada país levaram à competição entre os membros e a fissuras nos vínculos de confiança. Iniciativas de integração não estão isentas de crises ou alcançam sustentação consensual no interior das sociedades. As relações entre países enfrentam dificuldades relacionadas às assimetrias que nem sempre são superadas por processos de integração regional. Ainda que a integração regional na América Latina ainda tem futuro incerto (Gudynas, 2006c), observa-se, contudo, o aumento de relevância da integração regional na agenda governamental sul-americana, além da preocupação com a representatividade, legitimidade, democratização e profundidade das associações existentes (Brasil, 2005).

I.3 — CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO MERCOSUL: TRATADOS E PROTOCOLOS

Os fundamentos do MERCOSUL estão relacionados às iniciativas de integração anteriores e, especificamente, de países do cone sul, construídas na década de 1980 (Brasil, 2005; Brasil, s/datab). Este estudo trata dos quatro Estados Parte fundadores do MERCOSUL: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. A Venezuela como passa a fazer parte apenas recentemente e portanto não foi incluída nas análises aqui realizadas. O MERCOSUL soma território de quase doze milhões de quilômetros quadrados (11.878.250 km²), correspondentes a quase 67% da América do Sul (17.819.100 km²). Em 2005, a população total no MERCOSUL contava 234.773 milhões de habitantes, sendo

predominantemente urbana (85%). Entre os anos de 2000 a 2004, 90% dos adultos no MERCOSUL eram alfabetizados. O IDH médio dos quatro fundadores em 2004 (0,816) encontrava-se nos patamares de alto desenvolvimento. Em 2005, o PIB *per capita* do MERCOSUL alcançava U\$4.316,01 ajustados para valores de 2000 (CEPAL, 2006).

Uma pequena seleção de informações demográficas, socioeconômicas e saúde é ilustrativa da variedade do perfil de características e das assimetrias entre os Estados Parte do MERCOSUL (ver Quadro 3). Como diversidades estruturais entre países são freqüentes em uma mesma região, em geral, nos processos de integração os membros convivem com semelhanças e diferenças, buscando inclusive superá-las com objetivos comuns e estas, ainda que desafiadoras, não impedem avanços, haja vista o caso da União Européia (UE). A diversidade existente na América do Sul tende a estar cada vez mais presente no MERCOSUL, considerando as possibilidades de expansão do Bloco decorrentes da adesão de novos países como Estados Parte.

QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DO MERCOSUL POR ESTADOS PARTE

Informação por Estado Parte	Argentina		Brasil		Paraguai		Uruguai	
<i>Demográficos e socioeconômicos</i>								
Superfície em km ² (2)*	2.780.400		8.514.880		406.750		176.220	
População 2005 (mil) ⁽¹⁾	38.747		186.405		6.158		3.463	
População urbana 2005 (%) ⁽¹⁾	91,0		84,0		59,0		93,0	
Adultos alfabetizados 2000-2004 (%) ⁽¹⁾	97,2		88,4		91,6		97,7	
PIB 2005 (milhões de U\$ valores de 2000) ⁽²⁾	313.783,0		670.421,5		8.057,2		21.019,9	
PIB <i>per capita</i> 2005 (U\$ valores de 2000) ⁽²⁾	8.130,8		3.573,7		1.296,2		6.089,9	
IDH 2004 ⁽³⁾	0,863		0,792		0,757		0,851	
<i>Indicadores de saúde⁽¹⁾</i>								
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Expectativa de vida ao nascer 2004 (anos)	78	71	74	67	74	70	79	71
Expectativa de vida saudável ao nascer 2002 (anos)	68	62	62	57	64	60	69	63
Taxa de mortalidade infantil 2004 (mil nascidos)	16		32		21		12	
<i>Sistemas de saúde⁽¹⁾</i>								
Médicos por mil habitantes/ano	3,01 (1998)		1,15 (2000)		1,11 (2002)		3,65 (2002)	
Gasto total em saúde 2003 (% do PIB)	8,9		7,6		7,3		9,8	
Gasto público em saúde 2003 (% do gasto total)	48,6		45,3		31,5		27,2	
Gasto <i>per capita</i> em saúde 2003 (PPC U\$)	305		212		75		323	
Leitos por 10 mil habitantes	41 (2000)		26 (2002)		12 (2002)		19 (2003)	

Fonte: Elaboração própria com base em (1) WHO, 2006; (2) CEPAL, 2006; (3) UNDP, 2006. *Valores de hectares convertidos para km².

A análise do desenvolvimento do MERCOSUL (ver Quadro 4) permite indicar quatro momentos na história do Bloco, considerando os instrumentos acordados, os contextos e a adesão de países. O primeiro momento é de *constituição* compreendendo o período de acordos bilaterais entre Argentina e Brasil até o Tratado de Assunção — 1985 a 1991—. O segundo momento é caracterizado pelo período transcorrido na década de 1990, ao longo do qual os esforços se centraram em manter a articulação regional em ambiente de crises democráticas, econômicas e políticas que expressam a *afirmação* do Bloco —1991 a 1999—. Um terceiro momento surge com o *relançamento* do MERCOSUL e se caracteriza por elevação da integração na agenda regional —2000 a 2005—. O quarto momento se inaugura com a expansão da participação social no Bloco, *MERCOSUL Social* e com a adesão da Venezuela como Estado Parte e o anúncio da conversão da Bolívia em Estado Parte —a partir de 2006—.

QUADRO 4 - MERCOSUL: ADESÃO DE PAÍSES E INSTRUMENTOS CONSTITUTIVOS EM QUATRO MOMENTOS, DE 1985 A 2006

Ano	Evento marco
1º. Momento: Constituição de 1985 a 1991	
1985	Argentina e Brasil assinam a <i>Declaração de Iguazu</i>
1986	Argentina e Brasil assinam a <i>Ata para a Integração Argentino-Brasileira</i>
1988	Argentina e Brasil assinam o <i>Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento</i>
1990	Argentina e Brasil assinam o <i>Acordo de Complementação Econômica para a Criação de uma Zona de Livre Comércio de Bens</i>
1991	Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai assinam o <i>Tratado de Assunção</i> que cria o MERCOSUL Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai assinam o <i>Protocolo de Brasília</i> que estabelece procedimentos de solução de controvérsias.
2º. Momento: Afirmação de 1992 a 1999	
1994	Estados Partes assinam o <i>Protocolo de Ouro Preto</i> que modifica estrutura institucional e estabelece a personalidade jurídica internacional do MERCOSUL
1995	Entra em vigor em 1º. de janeiro a <i>Tarifa Externa Comum</i> que dá os contornos da união aduaneira
1996	Estados Partes estabelecem o <i>Mecanismo de Consulta e Concertação Política</i> com posições comuns em matérias de alcance regional para além dos âmbitos econômico e comercial Estados Partes firmam a <i>Declaração dos Presidentes de Compromisso Democrático no MERCOSUL</i> acordando a plena vigência das instituições democráticas como condição para a integração Estados Partes firmam a <i>Declaração dos Presidentes dos Estados Partes do MERCOSUL</i> reafirmando apoio aos legítimos direitos da Argentina na soberania das Ilhas Malvinas Estados Partes firmam <i>Protocolo de Adesão como Estados Associados de Bolívia e Chile</i>
1998	Estados Partes assinam o <i>Protocolo de Ushuaia</i> sobre compromisso democrático Estados Partes firmam a <i>Declaração Sócio-Laboral do MERCOSUL</i> Estados Partes firmam a <i>Declaração Política do MERCOSUL</i> como Zona de Paz
3º. Momento: Relançamento de 2000 a 2005	
2000	Estados Partes firmam <i>Declaração Presidencial dos Direitos Fundamentais dos Consumidores do MERCOSUL</i>
2002	Estados Partes assinam o <i>Protocolo de Olivos</i> para a solução de controvérsias
2003	Estados Partes estabelecem a Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL Estados Partes firmam o <i>Protocolo de Adesão como Estado Associados de Peru</i>
2004	Estados Partes estabelecem o <i>Tribunal Permanente de Revisão do MERCOSUL</i> Estados Partes firmam o <i>Programa de Trabalho do MERCOSUL para 2004-2006</i> Estados Partes criam o <i>Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL</i> , o <i>Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL</i> e o <i>Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL</i> Estados Partes firmam o <i>Protocolo de Adesão como Estados Associados de Colômbia, Equador e Venezuela</i>
4º. Momento: MERCOSUL Social a partir de 2006	
2006	Estados Partes firmam o <i>Protocolo de Adesão como Estado Parte pela Venezuela</i> Estados Partes realizam Sessão Solene do <i>Parlamento do MERCOSUL</i> Estados Partes realizam a <i>I Cúpula Social do MERCOSUL</i>

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, 2005; Brasil, s/dataa; Brasil, s/datab.

Embora não seja um processo acabado, o MERCOSUL alcança representação nas relações internacionais e regionais, tais como a presença dos Estados Partes em negociações internacionais, a inclusão de temas de união monetária nos debates internos, acordos para a livre circulação de pessoas mediante instrumentos acordados, a

construção do conceito de bens públicos regionais para o avanço de políticas de coesão, a promoção de cadeias produtivas regionais e projetos de infra-estrutura (Brasil, 2005:10). Ainda distante do debate cotidiano das comunidades dos Países integrantes, busca recentemente ampliar a participação da sociedade com o *MERCOSUL Social* (MERCOSUL, 2007b).

I.3.1 MOMENTO DA CONSTITUIÇÃO DO MERCOSUL: DE 1985 A 1991

O *momento da constituição* do Bloco inicia-se com os acordos bilaterais entre Argentina e Brasil em 1985 e termina com a adesão de Paraguai e Uruguai em 1991. Em 1985, os dois países firmam *Declaração de Iguazu* acordando comércio bilateral e em 1986 aprofundam relações comerciais com a *Ata para a Integração Argentino-Brasileira*. Em 1988 assinam o *Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento* expressando a vontade política de constituir um mercado comum. Em 1990, firmam o *Acordo de Complementação Econômica para a Criação de Zona de Livre Comércio de Bens*. Face ao desenvolvimento da integração bilateral entre Argentina e Brasil, Paraguai e Uruguai aderem ao MERCOSUL, fundado pelo *Tratado de Assunção* em 1991 (MERCOSUL, 1991a), que objetiva a constituição gradual de mercado comum para a livre circulação de bens, serviços e fatores de produção regional. Em seguida, no mesmo ano, foi estabelecido o *Protocolo de Brasília* (MERCOSUL, 1991b) que cria procedimentos de solução de controvérsias no espaço regional. A ênfase comercial do MERCOSUL na sua constituição manifesta-se pela prioridade na agenda de temas relacionados às políticas de comércio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, serviços, aduaneira, de transportes e comunicações.

Duas características de funcionamento do MERCOSUL são importantes para a consolidação da confiança entre os membros: decisões por *consenso* e o *princípio da reciprocidade*. Este último estabelece direitos e obrigações para condições de igualdade entre os Países com relação aos compromissos assumidos, independentemente do grau de desenvolvimento relativo (Brasil, 2005:8). Em 1991, os quatro Estados Parte fundadores do MERCOSUL assinam o *Tratado de Assunção* que estabelece a implantação gradual do mercado comum, se completando no ano de 1994, quando não existiriam barreiras tarifárias intra-MERCOSUL.

I.3.2 MOMENTO AFIRMATIVO DO MERCOSUL: DE 1992 A 1999

A *momento afirmativo* que se estende pelo período de 1992 a 1999 é marcado pela edição de variados atos confirmatórios da disposição em avançar na integração, e ratificadores da unidade interna do Bloco em temas internacionais, ainda que dificuldades e crises provocassem na Região e no MERCOSUL efeito paralisante. Em 1994, a avaliação dos resultados alcançados com a integração leva os Presidentes à decisão de adiar a constituição do mercado comum para 2006. O *Protocolo de Ouro Preto*, firmado em 1994, (MERCOSUL, 1994; Porto e Flores Jr, 2006b) inicia então outro período de adaptação para chegar ao mercado comum, com novos acordos e mudanças institucionais no Bloco em resposta às dificuldades internas e problemas estruturais da integração (Balbis, 2002:13-14). A partir de 1995, o MERCOSUL assume, como modalidade de união aduaneira a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos e tarifa externa comum (TEC). A TEC sinaliza avanço nas relações comerciais, ainda frágeis, que consiste em direitos aduaneiros uniformes aos produtos importados dos países terceiros independentemente do Estado Parte de destino, a definição de política comercial comum, coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais e harmonização de legislação.

Em 1996, caracterizando o *momento afirmativo* do MERCOSUL, é criado o *Mecanismo de Consulta e Concertação Política* (MERCOSUL, 1996b) dando seguimento à constituição da *união aduaneira* com posições comuns em matérias de alcance regional, para além dos âmbitos econômico e comercial. No mesmo ano, ocorre a primeira expansão do Bloco em direção ao sudoeste sul-americano, com a adesão da Bolívia e do Chile como Estados Associados do MERCOSUL. Os Estados Associados assistem as reuniões e atividades sem, contudo, a obrigatoriedade de internalizar as normativas do mercado comum. Tais normativas, por seu turno, não necessitam estar internalizadas pelos Estados Associados para integrarem o regime de normas do MERCOSUL. Ainda em 1996, duas Declarações dos Presidentes são firmadas expressando posições comuns importantes: sobre o Compromisso Democrático no MERCOSUL (MERCOSUL, 1996c) que manifesta a plena vigência das instituições democráticas como condição indispensável para a existência e o desenvolvimento da integração; e de apoio aos legítimos direitos da Argentina na disputa pela soberania sobre as Ilhas Malvinas (MERCOSUL, 1996d; MERCOSUL, 1999).

Em 1998, concluindo o *momento afirmativo*, é assinado o *Protocolo de Ushuaia* (MERCOSUL, 1998a) que se torna parte do *Tratado de Assunção* e reafirma a cooperação multilateral em temas de segurança e defesa e o reconhecimento da função democrática na integração. É firmada no mesmo ano a *Declaração Sócio-Laboral do MERCOSUL* (MERCOSUL, 1998b) que contempla princípios e direitos na área de trabalho acordados entre os Estados Partes (MERCOSUL, 2005c:46 e 49) e define aspectos de garantia, proteção, seguridade, saúde e segurança dos trabalhadores com vistas a preservar níveis e condições de direitos a todos os trabalhadores nacionais ou não. Originam-se daqui o *Observatório do Mercado de Trabalho* vinculado ao subgrupo de trabalho 10 —SGT 10 Assuntos Trabalhista, Emprego e Seguridade Social—, e o *Acordo Multilateral de Seguridade Social*, iniciado em 2000 e ratificado em 2005, que permite a contagem de tempo de contribuição para a aposentadoria de pessoas que trabalharam em mais de um país (MERCOSUL, 2005c; Brasil, 2005). E no âmbito político é firmado também em 1998 a *Declaração Política do MERCOSUL, Bolívia e Chile como Zona de Paz* (MERCOSUR, 1998c).

Com referência especificamente à saúde, no *momento afirmativo* são constituídos dois foros no MERCOSUL. A Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS) é criada em 1995 (MERCOSUL, 1995) e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde do MERCOSUL (SGT 11 Saúde) em 1996 (MERCOSUL, 1996a)

1.3.3 MOMENTO DE RELANÇAMENTO DO MERCOSUL: DE 2000 A 2005

O terceiro *momento de relançamento* do MERCOSUL compreende o período de 2000 a 2005, quando eleva-se o tema da integração nas agendas governamentais e inaugura-se nova etapa com a edição de novos regulamentos e reestruturação interna do Bloco. Os Estados Partes reforçam a união aduaneira no âmbito regional e externo, investem na coordenação macroeconômica e no fortalecimento da participação social como aspectos centrais para o desenvolvimento da integração regional (Brasil, 2005:13). Em 2000, é firmada a *Declaração Presidencial dos Direitos Fundamentais dos Consumidores do MERCOSUL* (MERCOSUL, 2000) a qual cada Estado Parte deve respeitar a fim de melhorar as condições de vida na Região. O primeiro direito é à proteção da vida, da saúde e da segurança do consumidor e do meio ambiente contra riscos provocados por produtos e serviços (MERCOSUL, 2005c:49-50).

Em 2002, é assinado o *Protocolo de Olivos* (MERCOSUL, 2002) para a Solução de Controvérsias que estabelece procedimentos quanto à interpretação, a aplicação e o não cumprimento do *Tratado de Assunção*, do *Protocolo de Ouro Preto* e outros instrumentos do MERCOSUL (MERCOSUL, 2002). Em 2003, é constituída a *Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL* incorporando novos atores no processo decisório regional. Em 2004, é constituído, em Assunção, o *Tribunal Permanente de Revisão do MERCOSUL*.

No momento de relançamento, em 2004, novo *Programa de Trabalho do MERCOSUL* é firmado para o período 2004-2006 (MERCOSUL, 2003). Neste programa são acordadas três agendas: MERCOSUL econômico e comercial que inclui os fundos estruturais, MERCOSUL social que busca fortalecer a cidadania, e MERCOSUL institucional que inclui o *Parlamento do MERCOSUL*. Nesta perspectiva, no ano de 2004, é constituído o *Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL* (MERCOSUR, 2004a) e criados o *Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL* (MERCOSUR, 2004b) e o *Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL* —FOCEM— (MERCOSUL, 2004c; MERCOSUL, 2005a). Este último é implantado no momento seguinte. Assim os Estados Partes sinalizam em direção a três aspectos importantes para a consolidação da integração econômica regional: a participação de entes governamentais subnacionais, o desenvolvimento de infra-estruturas e o estímulo à vinculação entre comunidades.

A participação dos entes subnacionais no processo de integração econômica regional é, contudo, adiada para o ano de 2007 quando o *Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL* é lançado na XXXIª. Cúpula de Presidentes do MERCOSUL. Este *Foro* terá dois comitês —um de municípios e outro de estados, províncias e departamentos— com dezoito integrantes cada. São os primeiros espaços de participação direta das esferas subnacionais de governo na estrutura do Bloco. A proposta temática de discussão acordada inclui integração fronteiriça, educação, saúde, meio ambiente, infra-estrutura, segurança, comércio, migrações e turismo. Os acordos do *Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL* resultarão em recomendações ao Grupo do Mercado Comum, estrutura decisória de segunda hierarquia do MERCOSUL. O *Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL* objetiva financiar

iniciativas acordadas na Reunião de Ministros de Educação do MERCOSUL, com recursos aportados pelos países, constantes de Plano do Setor Educativo do MERCOSUL para 2006 a 2010.

No *momento de relançamento* ocorreu a segunda expansão do MERCOSUL com a adesão dos países andinos como Estados Associados: em 2003 o Peru e em 2004 a Colômbia, Equador e Venezuela. O balanço deste momento para o Bloco é de que com o controle das crises econômicas, a união aduaneira foi reforçada no âmbito regional e global, bem assim a convergência e a coordenação macroeconômicas de modo a seguir com a integração. Ainda que políticas que assegurem a solvência fiscal e as políticas monetárias que garantam a estabilidade de preços permaneçam na agenda dos Estados Partes.

I.3.4 MOMENTO MERCOSUL SOCIAL: A PARTIR DE 2006

O quarto momento no histórico do Bloco, *momento MERCOSUL Social* inicia-se em 2006. Em 2006 dois eventos significativos para aproximar o Bloco da sociedade se concretizam: a *Sessão Solene do Parlamento do MERCOSUL*, e a *Iª Cúpula Social do MERCOSUL*. A partir da *Iª Cúpula Social do MERCOSUL* uma proposta de agenda do MERCOSUL Social consolida-se nas reuniões dos Ministros do Desenvolvimento Social do MERCOSUL tratando de temas de pobreza, desigualdade, trabalho infantil, indicadores sociais, segurança alimentar, programas de renda mínima e agenda positiva programas e políticas para a juventude. No plano institucional toma fôlego a proposta de criação de *Secretaria Permanente do MERCOSUL Social* para coordenar as políticas sociais, intercâmbio de experiências e ações concretas, inclusive nas fronteiras (Secretaria do MERCOSUL, 2006c). Em 2006, ocorre ainda a adesão da Venezuela como Estado Parte do MERCOSUL, (MERCOSUL, 2006) o que impacta na dinâmica de integração regional, conforme sintetiza a frase do Presidente Venezuelano: *o nosso norte é o sul*.

O FOCEM foi criado no *momento de relançamento* do MERCOSUL com o objetivo de reduzir assimetrias entre as economias mediante apoio financeiro a projetos estruturais (MERCOSUL, 2004c; MERCOSUL, 2005a). Os trabalhos para implementar o FOCEM foram concluídos para o lançamento na *XXXIª Cúpula de Presidentes do MERCOSUL* em janeiro de 2007. Os recursos anuais aportados pelos Estados Partes ao FOCEM, calculados com base na média histórica do PIB do MERCOSUL, advêm de

contribuições dos Estados Parte que totalizam U\$100 milhões anuais, assim distribuídos: 27% como cota da Argentina, 70% do Brasil, 1% do Paraguai e 2% do Uruguai. O financiamento de projetos, nos quatro tipos de programas definidos, ocorrerá também por cotas: a Argentina e o Brasil poderão apresentar projetos com valores até 10% do total de recursos, Paraguai até 48% e Uruguai até 32% do total (ver Quadro 5). A composição dos recursos do FOCEM acordada denota a disposição redistributiva na relação PIB e cota, e distribuição e PIB *per capita* entre os Estados Partes.

No primeiro ano do FOCEM serão aportados 50% do total de recursos, no segundo ano 75% e no terceiro ano os 100% de recursos. O FOCEM visa promover a convergência estrutural, desenvolver a competitividade, favorecer a coesão social, em particular das economias menores e regiões menos desenvolvidas, fortalecer o processo de integração e a estrutura institucional do Bloco (BID, 2006:64-67). De acordo com o regulamento, os primeiros projetos apoiados devem ter forte impacto junto aos cidadãos e, uma lista de perfis definiu dez projetos-piloto: um geral para o MERCOSUL voltado para a Febre Aftosa, três de fortalecimento da Secretaria Técnica do MERCOSUL e seis destinados ao Paraguai. Os projetos do Paraguai estão distribuídos em: dois para melhorias de vias de acesso —Grande Assunção e saída de zonas produtivas e reabilitação de corredores—, um para o laboratório de biossegurança e de controle de alimentos, dois para apoio à capacidade produtiva —aumento da produtividade do algodão e milho mediante práticas conservacionistas de produção e cobertura de risco para o fortalecimento da capacidade produtiva— e um destinado ao apoio de microempresa (BID, 2006:64-67).

QUADRO 5 - COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS DO FUNDO DE CONVERGÊNCIA ESTRUTURAL DO MERCOSUL, 2006

Fatores	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	MERCOSUL
População total 2004 (milhões)	37,7	181,6	5,7	3,4	228,4
PIB 2004 (bilhões de U\$)	153	603,8	7	13,3	777,1
PIB <i>per capita</i> 2004 (U\$)	4.060,00	3.325,00	1.219,00	3.903,00	3.402,36
Aporte de recursos (milhões de U\$)	27	70	1	2	100
Aporte de recursos (% do PIB)	0,018	0,012	0,014	0,015	0,013
Distribuição dos recursos (milhões de U\$)	10	10	48	32	100
Distribuição dos recursos (% do PIB)	0,007	0,002	0,686	0,241	0,013
Distribuição dos recursos <i>per capita</i> (U\$ ano)	0,27	0,06	8,42	9,41	0,44

Fonte: Elaboração própria com base em BID, 2006: 65 e 106.

I.4 – ESTRUTURA INSTITUCIONAL DO MERCOSUL

No aspecto institucional, o MERCOSUL dispõe de estrutura compatível com a atual modalidade de integração regional como união aduaneira (Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a). Componentes da estrutura vigente foram criados no *Tratado de Assunção* em 1991, com vistas ao mercado comum e outros surgiram de modificações oriundas do *Protocolo de Ouro Preto*, em 1994, quando a união aduaneira e a personalidade jurídica internacional do Bloco se estabeleceram (MERCOSUL, 1994; Aguerre, Balbis e Sarachu, 2002). O funcionamento do MERCOSUL se caracteriza pela presença de instituições intergovernamentais, arbitragem dos Presidentes, ratificação de decisões pelos Parlamentos Nacionais, presidência *pro tempore* rotativa entre os Estados Partes a cada seis meses e decisões por consenso que necessitam legislação específica —internalização— para a efetivação (MERCOSUL, 1991a; MERCOSUL, 1994). O aparato institucional do MERCOSUL permanece sem caráter supranacional, o que pode ser insuficiente para evoluir na etapa de união aduaneira. (Mariano e Barreto, 2004: 36) Em decorrência, nos temas de competência direta dos Estados Partes, relevantes para a integração regional, os Países aprovam normas as quais, entretanto, não demandam internalização, mas constituem importante referência para a ação de cada sócio e assinalam a intenção conjunta (MERCOSUL, 2005c:51).

Para contemplar o caráter intergovernamental, alcançar decisões por consenso, propiciar a harmonização normativa, incluir a ratificação pelos Parlamentos e reservar a arbitragem aos Presidentes a estrutura do MERCOSUL tornou-se complexa e numerosa. Para dar conta do processo de integração regional se conformaram múltiplos espaços de debate —comitês, grupos, comissões— implicados no processo de discussão para lograr consensos. Como as decisões são concentradas e centralizadas em poucas estruturas os procedimentos de acordo são duplicados ou até triplicados em diversos níveis, ocorrendo alta interdependência vertical entre as instituições e pouca articulação horizontal. É difícil identificar na estrutura em que espaço institucional do MERCOSUL o interesse regional é defendido (Morata, 2002).

Os organismos da estrutura institucional do MERCOSUL são de cinco tipos, considerando o nível da autoridade governamental que o integra e também o grau de aplicação do consenso produzido. Assim, os organismos podem ser: de decisão, de representação, de consulta, de arbitragem, auxiliares ou administrativos. O caráter decisório é, contudo, compartilhado apenas entre três organismos da estrutura: *Conselho do Mercado Comum (CMC)*, *Grupo do Mercado Comum (GMC)* e *Comissão de Comércio do MERCOSUL (CCM)*. Os dois primeiros foram criados pelo *Tratado de Assunção* e o terceiro pelo *Protocolo de Ouro Preto*.

Os órgãos decisórios do MERCOSUL são integrados por autoridades do primeiro escalão dos governos e se manifestam por decisões, resoluções e diretrizes que podem ou não demandar a internalização em cada Estado Parte (MERCOSUL, 2007a). Os três órgãos se subdividem em cerca de oitenta organismos auxiliares, integrados por dirigentes do governo e tecno-burocracia governamental. As estruturas auxiliares se configuram como reuniões, comitês, grupos, comissões, que frequentemente se subdividem e são integradas também por dirigentes, técnicos e especialistas para tratar de temas específicos, com vistas à harmonização e consensos que fundamentam decisões, acordos, resoluções e diretivas. Os Chefes de Governo dos Estados Partes se reúnem nas *Cúpulas de Presidentes do MERCOSUL* tomando decisões expressas em Acordos, Protocolos e Tratados.

O *Protocolo de Ouro Preto* modificou a estrutura do MERCOSUL ao criar estruturas de representação, consultiva e administrativa. A representação parlamentar é exercida pelo *Parlamento do MERCOSUL* e processos consultivos são realizados no

Fórum Consultivo Econômico e Social (FCES), ambos vinculados ao CMC. O apoio administrativo às atividades do MERCOSUL é realizado por *Secretaria do MERCOSUL* (SM) vinculada ao GMC e com sede em Montevidéu. Faz parte da estrutura do MERCOSUL o *Tribunal Permanente de Revisão (TPR)* criado pelo *Protocolo de Olivos* e com sede em Assunção e, o *Tribunal Administrativo-Trabalhista do MERCOSUL (TAT)* criado em 2003 e, o *Centro de Promoção do Estado de Direito* criado em 2004. Os Ministérios de Relações Exteriores são integrantes de todos os organismos decisórios do MERCOSUL.

I.4.1 CONSELHO DO MERCADO COMUM (CMC)

Entre os órgãos de decisão do Bloco persiste hierarquia na estrutura do MERCOSUL (Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a). O órgão superior de tomada de decisão e responsável pela condução política da integração no MERCOSUL é o CMC, integrado pelos Ministros de Relações Exteriores e de Economia dos Estados Partes, com reuniões semestrais (ver Quadro 6). Ao CMC vinculam-se trinta e dois organismos auxiliares, entre as quais catorze *Reuniões de Ministros*, oito Grupos e o *Foro de Consulta e Concertação Política*. Além destes, nove outras estruturas, entre as quais: a *Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL*, a *Reunião de Altas Autoridades na Área de Direitos Humanos*, o *Foro Consultivo Econômico-Social* e o *Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL* (ver Quadro 6). Esse último estabelece espaço de participação de entes subnacionais na estrutura institucional do Bloco, embora já existisse a *Rede de MERCOSUL* que articula a troca de experiências sobre temas urbanos no MERCOSUL, mas não como integrante da estrutura.

Reuniões de Ministros das áreas econômica, de educação, justiça e trabalho foram as primeiras estruturas criadas no CMC já em 1991. Em seguida foram incluídas outras políticas públicas e apenas nos anos 2000 passam a se reunir as áreas de infraestrutura e tecnologias. Esta tendência de inserção de temas na discussão regional, observada no CMC, em certa medida, se reproduz nos demais organismos do Bloco. Na atual configuração, o CMC tem grupos de alto nível, *ad hoc* e de trabalho dedicados aos

aspectos estruturais, institucionais e sociais. O mais recente foi criado em 2007: Grupo de Trabalho *Ad-hoc* para a Superação das Assimetrias no MERCOSUL.

O CMC trata também de questões da política internacional e da relação política do Bloco com outros países, grupos de países e organismos internacionais. Para isto conta com o *Foro de Consulta e Concertação Política* que acumula a função de ampliar a cooperação política e coordenar a agenda política dos Estados Partes (ver Quadro 6). A *Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL* é um órgão articulador do CMC que trata de negociações externas, relações econômicas, sociais e parlamentares no MERCOSUL. A *Comissão* estabelece relações com o *Parlamento do MERCOSUL*, com o *Foro Consultivo Econômico-Social* e *Reuniões Especializadas do MERCOSUL* (MERCOSUL, 2005c:53-54).

O *Parlamento do MERCOSUL*, o *Observatório da Democracia do MERCOSUL* e o *Instituto Mercosul de Formação do MERCOSUL* são estruturas recentes do CMC (ver Quadro 6). O *Parlamento do MERCOSUL* surge da *Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL* (CPC) criada pelo *Tratado de Assunção* com função de articular a incorporação ao regime interno de cada Estado Parte as normas do Bloco, face ao processo legislativo específico. O *Protocolo de Ouro Preto* transforma a CPC em *Comissão para a Formação do Parlamento do MERCOSUL* (CFP) com prazo até o final de 2006 para início do *Parlamento do MERCOSUL*. A CFP conformou-se com 64 parlamentares em efetivo exercício de mandato, designados pelos respectivos parlamentos, com mandato de dois anos. A CFP atuou no acompanhamento da integração e apresentou a proposta para a conformação do *Parlamento do MERCOSUL* (Balbis, 2002:18). No dia 14 de dezembro de 2006, foi realizada em Brasília a Seção Solene de Constituição do *Parlamento do MERCOSUL*. Este é unicameral, ainda sem caráter supranacional, com voto individual e será constituído em duas fases de quatro anos cada, conformado por dezoito parlamentares (senadores e deputados) de cada Estado Parte indicados pelos respectivos Congressos (de 31 de dezembro de 2006 a 31 de dezembro de 2010 e de 1 janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2014). No final da segunda fase, em 2014 prevê-se sufrágio universal em eleições simultâneas em cada país do Bloco para escolha dos parlamentares do MERCOSUL.

O *Foro Consultivo Econômico-Social* (FCES) foi criado pelo *Protocolo de Ouro Preto* como organismo de caráter consultivo do MERCOSUL representando setores

econômicos e sociais dos Estados Partes: sindicatos, empresários, organismos de defesa do consumidor e acadêmicos. Compõe-se de trinta e seis delegados —dezesseis trabalhadores, dezesseis empregadores e quatro do terceiro setor— indicados pelas seções nacionais. O FCES é o único espaço de debate da sociedade civil no MERCOSUL devendo realizar o acompanhamento e avaliação dos impactos econômico e social derivados das políticas de integração. Como órgão consultivo produz propostas de normas e políticas econômicas e sociais em matéria de integração. A criação do FCES responde à demanda de inclusão de questões dos setores econômicos e sociais nos debates regionais, tais como problemas produtivos, sociais e vinculados ao trabalho, o processo de integração (Balbis, 2002:19).

QUADRO 6 - ESTRUTURA DECISÓRIA POLÍTICA DO MERCOSUL: CONSELHO DO MERCADO COMUM (CMC), 2006.

Ano de criação	Nome do organismo
<i>RMS - Reunião de Ministros (14)</i>	
1991	Economia e Presidentes de Bancos Centrais
1991	Educação
1991	Justiça
1991	Trabalho
1992	Agricultura
1995	Cultura
1995	Saúde
1996	Interior
1997	Indústria
2000	Minas e Energia
2000	Ministros e Altas Autoridades de Desenvolvimento Social
2003	Meio Ambiente
2003	Turismo
2005	Ministros e Altas Autoridades de Ciência, Tecnologia e Inovação
<i>Foro de Consulta e Concertação Política (3)</i>	
1998	Grupo de Trabalho sobre Armas de Fogo e Munições
1998	Grupo de Trabalho sobre Assuntos Jurídicos e Consulares
1998	Grupo <i>Ad-hoc</i> sobre Registro Comum de Veículos Automotores e Condutores
<i>Grupos (8)</i>	
2001	Grupo de Alto Nível para Examinar a Consistência e Dispersão da Atual Estrutura da Tarifa Externa Comum
2004	Grupo de Alto Nível Estratégia MERCOSUL de Crescimento do Emprego
2005	Grupo <i>Ad-hoc</i> de Alto Nível para a Reforma Institucional
2006	Grupo para a Criação do Instituto Social do MERCOSUL
2006	Grupo de Trabalho para a Negociação do Processo de Adesão da República Bolivariana de Venezuela
2007	Grupo de Trabalho Especial sobre Biocombustíveis
2007	Grupo de Trabalho <i>Ad-hoc</i> para a Superação das Assimetrias no MERCOSUL
2007	Grupo de Trabalho <i>Ad-hoc</i> para a Incorporação da República da Bolívia como Estado Parte do MERCOSUL
<i>Outros (9)</i>	
1994	<i>Fórum Consultivo Econômico-Social</i>
2003	<i>Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL</i>
2003	<i>Tribunal Administrativo-Trabalhista do MERCOSUL</i>
2004	<i>Reunião de Altas Autoridades na Área de Direitos Humanos</i>
2004	<i>Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamento do MERCOSUL</i>
2004	<i>Tribunal Permanente de Revisão do MERCOSUL</i>
2004	<i>Centro Mercosul de Promoção do Estado de Direito (Observatório da Democracia do MERCOSUL)</i>
2006	<i>Parlamento do MERCOSUL</i>
2007	<i>Instituto MERCOSUL de Formação</i>

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, s/datab; Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a.

I.4.2 GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC)

O GMC é o órgão decisório executivo e de iniciativas que zela pelo cumprimento do disposto nos Tratados e demais instrumentos do MERCOSUL (Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a). É integrado por quatro membros de cada Estado Parte, representantes dos Ministérios das Relações Exteriores e Economia e do Banco Central. Decide temas trabalhados em quinze Subgrupos de Trabalho (SGT), em catorze Reuniões Especializadas, em dez Grupos *Ad Hoc* e em outras sete estruturas (ver Quadro 7). O GMC tem a função de propor projetos para a decisão do CMC, fazer cumprir as decisões do CMC, manifestar-se sobre propostas e recomendações, aprovar orçamento e prestação de contas e regular sobre matéria financeira e orçamentária. As decisões do GMC se expressam em resoluções obrigatórias para os Estados Partes. A cronologia de criação da estrutura do GMC decorre da inclusão de temas pelo CMC.

QUADRO 7 -ESTRUTURA DECISÓRIA EXECUTIVA E DE INICIATIVA DO MERCOSUL: GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC), 2006.

Ano de criação	Nome do organismo
<i>SGT – Sub-Grupos de Trabalho (15)</i>	
1995	Comunicações —SGT-1—
1995	Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade —SGT-3—
1995	Assuntos Financeiros —SGT-4—
1995	Transporte —SGT-5—
1995	Meio Ambiente —SGT-6—
1995	Indústria —SGT-7—
1995	Agricultura —SGT-8—
1995	Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social —SGT-10—
1996	Saúde —SGT-11—
2000	Aspectos Institucionais —SGT-2—
2000	Investimentos —SGT-12—
2000	Comércio Eletrônico —SGT-13—
2000	Acompanhamento Conjuntura Econômica e Comercial —SGT-14—
2005	Energia —SGT 9—
2005	Minérios —SGT 15—
<i>Reuniões Especializadas (14)</i>	
1991	Turismo
1992	Ciência e Tecnologia
1996	Comunicação Social
1998	Autoridades de Aplicação em Matéria de Drogas, Prevenção do Uso Indevido e Recuperação de Dependente
1998	Mulher
2000	Infra-Estrutura de Integração
2000	Promoção Comercial Conjunta do MERCOSUL
2001	Cooperativas
2003	Autoridades Cinematográficas e Audiovisuais do MERCOSUL

2004	Agricultura Familiar no MERCOSUL
2004	Defensores Públicos Oficiais do MERCOSUL
2004	Organismos Governamentais de Controle Interno
2005	Ministérios Públicos do MERCOSUL
2006	Juventude
<i>Grupo Ad-hoc (10)</i>	
1994	Setor Açucareiro
1995	Relacionamento Externo
2000	Concessões
2002	Comércio de Cigarros no MERCOSUL
2002	Integração Fronteiriça
2004	Biotecnologia Agropecuária
2004	Sanitário e Fitossanitário
2005	Consulta e Coordenação para as Negociações OMC e Sistema Global de Preferências Comerciais entre Países em Desenvolvimento
2006	Código Aduaneiro do MERCOSUL
2007	Domínio Mercosul
<i>Outros (7)</i>	
199	<i>Comitê de Cooperação Técnica do MERCOSUL</i>
1998	<i>Grupo de Serviços</i>
1998	<i>Reunião Técnica para a Incorporação da Normativa MERCOSUL</i>
1999	<i>Comissão Sócio-Laboral do MERCOSUL</i>
2000	<i>Comitê Automotivo</i>
2001	<i>Grupo Assuntos Orçamentários da SAM</i>
2004	<i>Grupo de Contratações Públicas do MERCOSUL</i>

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, s/datab; Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a.

I.4.3 COMISSÃO DE COMÉRCIO DO MERCOSUL (CCM)

A CCM é o único organismo decisório não previsto no *Tratado de Assunção*. Tem funções de auxiliar o GMC zelando pela aplicação dos instrumentos de política comercial, acordando instrumentos de política comercial comum no interior do Bloco, com outros blocos e terceiros países (Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a). Integrada por quatro membros, titulares e suplentes, de cada Estado Parte é coordenado pelos Ministros de Relações Exteriores. A CCM manifesta-se mediante diretrizes obrigatórias aos Estados Partes sobre política comercial e propõe revisões tarifárias. Subdivide-se em sete Comitês Técnicos, com reuniões mensais, produzindo diretrizes com força de norma regional, obrigatórias para os Estados Parte (ver Quadro 8). Com relação à estrutura é uma instância do MERCOSUL com bastante estabilidade: todos os seus organismos foram criados em 1995 (ver Quadro 8).

QUADRO 8 - ESTRUTURA DECISÓRIA DE ACOMPANHAMENTO DO MERCOSUL: COMISSÃO DE COMÉRCIO DO MERCOSUL (CCM), 2006.

Ano de criação	Nome do organismo
1995	Comitê Técnico 1 Tarifas, Nomenclatura e Classificações de Mercadorias
1995	Comitê Técnico 2 Assuntos Aduaneiros
1995	Comitê Técnico 3 Normas e Disciplinas Comerciais
1995	Comitê Técnico 4 Políticas Públicas que Distorcem a Competitividade
1995	Comitê Técnico 5 Defesa da Concorrência
1995	Comitê Técnico 6 Estatística de Comércio Exterior do MERCOSUL
1995	Comitê Técnico 7 Defesa do Consumidor
1995	Comitê de Defesa Comercial e Salvaguardas

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, s/datab; Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; MERCOSUL, 2007a.

I.4.4 – PRODUÇÃO NORMATIVA E INCORPORAÇÃO PELOS ESTADOS PARTE NO MERCOSUL

No MERCOSUL o tipo de norma —decisão, resolução ou diretiva—está relacionado ao organismo de origem —Conselho do Mercado Comum (CMC), Grupo do Mercado Comum (GMC) e Comissão de Comércio do MERCOSUL (CCM)—. Embora existam normas que não necessitam incorporação, pois tratam de assuntos administrativos do Bloco, tanto decisões, quanto resoluções e diretivas necessitam ser incorporadas pelos Estados Parte. A produção normativa do Bloco que necessita incorporação pelos Estados Parte pode ser considerada importante, enquanto os índices de internalização são medianos. De 1991 a março de 2006 foram aprovadas pelos órgãos decisórios do MERCOSUL 1.119 normas as quais necessitam incorporação nos Estados Parte. Do total destas normas, 70% são resoluções do GMC, 19% decisões do CMC e 11% diretivas do CCM. Observa-se concentração do processo normativo no GMC devido, em parte, ao trabalho de múltiplos órgãos auxiliares, cerca de três centenas, que submetem as propostas harmonizadas à decisão do GMC. Quanto à incorporação pelos Estados Partes, em separado alcançam percentuais maiores que no conjunto, ultrapassando os 60% entre os membros e permanecendo em 50% no MERCOSUL (BID, 2006:72). Com relação à internalização pelo Estado Parte por tipo de norma —decisão, resolução ou diretiva— nos quatro países e no MERCOSUL os percentuais mais baixos de incorporação são das decisões. Isto pode ser explicado por dificuldades administrativas e burocráticas para a incorporação no regime interno (sistema de normas de cada país) (ver Quadro 9).

QUADRO 9 - INTERNALIZAÇÃO DE NORMAS REGIONAIS NOS ESTADOS PARTES E NO MERCOSUL, DE 1991 A MARÇO DE 2006

Tipo de Norma	Necessitam incorporação	Percentual de Incorporação				
		Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	MERCOSUL %
Decisões	217	51,6	44,2	40,6	51,6	39,6
Resoluções	784	71,2	76,9	69,8	66,8	51,5
Diretivas	118	71,2	76,3	77,1	80,5	61,9
Total	1.119	67,4	70,5	64,9	65,3	50,3

Fonte: Adaptado da Tabela 20 constante em BID, 2006:72. Observação: Pode haver distorção nos percentuais de incorporação em cada Estado Parte e no MERCOSUL devido a que nem todos os Estados Parte necessitam incorporar todas as normas.

Do acervo de normas aprovadas até meados de 2003, segundo estudo citado (BID, 2006:70), dois terços delas tratam apenas de seis temas, entre os quais a saúde encontra-se em quinto lugar. Os temas foram: tarifas, estrutura institucional, produtos agrícolas, alimentos, saúde e alfândega.

1.5 PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO MERCOSUL

A sociedade civil vem se movimentando para se envolver com o processo de construção do MERCOSUL (Draibe, s/data). Todavia, pela via institucional, no Bloco a participação social está restrita ao *Foro Consultivo Econômico e Social*, de caráter consultivo, integrado por segmentos organizados, empresariais e de trabalhadores, os quais em geral dispõem de capacidade de intervenção desigual e de recursos políticos e econômicos assimétricos para a atuação. Em decorrência, nas etapas de formulação e implementação de programas regionais a presença de setores organizados e ativos da sociedade ainda é limitada (Aguerre, Balbis e Sarachu, 2002:51) e o processo de tomada de decisões é assumido por delegações governamentais e pela tecno-burocracia estatal (Aguerre, Balbis e Sarachu, 2002:58). Faz falta maior presença e influência do cidadão, representado por organizações sociais e por parlamentares, nos processos decisórios ainda fortemente vinculados aos governos (Aguerre, Balbis e Sarachu, 2002:78).

Com a presença mais diversificada de segmentos sociais novos temas são pautados na agenda regional, bem assim os existentes ficam mais, ou menos, fortalecidos. Neste campo, a análise da experiência européia recente, sobre o referendo constitucional, indica baixa permeabilidade institucional da União Européia e distanciamento do cidadão (Fundación Sistema, 2006).

Os Estados Parte acordaram para o Programa de Trabalho 2004-2006 entre as agendas prioritizadas uma específica do *MERCOSUL Social* (MERCOSUL, 2003). Esta agenda é composta por sete temas que vão desde a efetivação de espaços de participação até procedimentos mais complexos de respeito aos direitos sociais (ver Quadro 10). O primeiro tema visa ampliar a *Participação da Sociedade Civil* no MERCOSUL. O segundo centra-se em *Temas Sociais* articulando centros de investigação dos Estados Partes para a promoção de debates e reflexões sobre pobreza, intercâmbio de experiências em programas e projetos sociais, desenvolvimento de indicadores para uma política social do MERCOSUL. O terceiro busca a *Visibilidade Cultural* pelo incentivo a eventos para promover a idéia do MERCOSUL e permitir maior conhecimento entre as sociedades. O quarto desenvolve a proposta do *MERCOSUL Cidadão* para o acompanhamento do processo de negociação, aprovação e incorporação normativa no interior do Bloco e desenvolvimento da cooperação jurídica.

O quinto item se refere à *Circulação de Mão de Obra e a Promoção dos Direitos dos Trabalhadores* no tangente aos acordos de circulação dos cidadãos, com vistas a consolidá-los em documento único. Inclui a realização de negociações para obter a vigência dos Acordos sobre Residência de Nacionais do MERCOSUL e Regularização Migratória para Cidadãos do MERCOSUL. Contempla a elaboração de propostas para a promoção dos direitos de trabalhadores no MERCOSUL e realizar a avaliação da aplicação e cumprimento da Declaração Sócio Trabalhista nos Estados Partes, além da realização da primeira Conferência sobre Emprego no MERCOSUL. O sexto item é o da *Educação para o MERCOSUL* que busca a aplicação da recomendação de obrigatoriedade do ensino de português e espanhol nas escolas e avança no reconhecimento mútuo de títulos de habilitação profissional, para facilitar a livre circulação de profissionais e na agenda de cooperação para melhorar níveis educacionais no MERCOSUL. A última pauta é a de *Direitos Humanos* que busca aprofundar o intercâmbio de informação, a promoção e o respeito aos direitos humanos na Região e discutirá uma Carta de Direitos Humanos no MERCOSUL (MERCOSUL, 2003).

QUADRO 10 - AGENDA DO MERCOSUL SOCIAL, A PARTIR DO PLANO DE TRABALHO 2004-2006.

Tema	Agenda <i>MERCOSUL Social</i>
<i>Participação da Sociedade Civil</i>	Efetivar espaços de participação da sociedade civil no MERCOSUL
<i>Temas Sociais</i>	Articular centros de investigação em pobreza, programas e projetos sociais e desenvolvimento de indicadores para uma política social do MERCOSUL
<i>Visibilidade Cultural</i>	Incentivar eventos para promover a idéia do MERCOSUL e permitir maior conhecimento entre as sociedades
<i>MERCOSUL Cidadão</i>	Acompanhar o processo de negociação, aprovação e incorporação normativa e desenvolvimento da cooperação jurídica
<i>Circulação de Mão de Obra e a Promoção dos Direitos dos Trabalhadores</i>	Consolidar acordos de circulação dos cidadãos, obter vigência dos Acordos sobre Residência de Nacionais e Regularização Migratória para Cidadãos Promover os direitos de trabalhadores e avaliar a aplicação e cumprimento da Declaração Sócio Trabalhista Realizar a primeira Conferência sobre Emprego no MERCOSUL
<i>Educação para o MERCOSUL</i>	Aplicar a recomendação do ensino de português e espanhol e avançar no reconhecimento mútuo de habilitação profissional e melhorar níveis educacionais
<i>Direitos Humanos</i>	Aprofundar o intercâmbio de informação, a promoção e o respeito aos direitos humanos e discutir a Carta de Direitos Humanos no MERCOSUL

Fonte: Elaboração própria com base em MERCOSUL, 2003.

Em cumprimento da *Agenda do MERCOSUL Social* foi realizada a *Iª. Cúpula Social do MERCOSUL* em dezembro de 2006, organizada por representantes das organizações sociais e instituições do MERCOSUL (Secretaria do MERCOSUL, 2007b). A *Iª. Cúpula Social do MERCOSUL* debateu a pauta da integração e a participação da sociedade com referência às políticas e processos decisórios. As discussões ocorreram em nove grupos temáticos: (i) agricultura familiar, reforma agrária, cooperativas, desenvolvimento local, economia solidária, segurança alimentar, (ii) gênero, raça, etnia e direitos humanos, (iii) cultura, juventude, educação, comunicação, (iv) trabalho decente, migrações, integração dos povos, (v) meio ambiente, desenvolvimento sustentável, recursos naturais e água, infra-estrutura e energia, (vi) tratados de livre comércio, integração e modelos de desenvolvimento, (vii) participação cidadã e institucionalidade do MERCOSUL, (viii) saúde e (ix) Parlamento do MERCOSUL. Para chegar à Cúpula, os Estados Partes incentivaram processos de discussão interna denominados *Encontros com o MERCOSUL*. O relatório da *Iª. Cúpula Social do MERCOSUL* foi entregue aos Presidentes na *XXXIª. Cúpula de Presidentes do MERCOSUL* que aconteceu em janeiro de 2007.

A Declaração Final da *Iª. Cúpula Social do MERCOSUL* apresenta propostas para o fortalecimento da agenda social e da participação dos movimentos sociais no processo

decisório do MERCOSUL de modo que as dimensões de políticas públicas sejam incluídas na discussão regional. As propostas da *Declaração* são no sentido da regulamentação e facilitação da circulação de trabalhadores no MERCOSUL, garantindo direitos trabalhistas mediante processos de harmonização entre os Estados Partes e na formulação conjunta de políticas de saúde e educação. A importância da cultura para o desenvolvimento da integração foi destacada para a construção da identidade regional, frente às diversidades existentes. Na área de meio ambiente, o acesso à água foi defendido (Secretaria do MERCOSUL, 2007b).

A inclusão de temas sociais nas discussões regionais além de legitimar o processo de integração, é uma forma de abordar as externalidades geradas com o processo de integração econômica regional, inclusive quando as brechas sociais existentes ficam mais evidentes na aproximação com outros países (Podesta, 1995). Restam, todavia, muitas questões a explorar no tema amplo e complexo da participação social em processos de integração econômica regional. Entre essas: *qual cidadania prevalecerá a nacional ou a regional? Como enxergar cidadania e identidade regionais? Ocorrerá a transferência para o nível regional de expectativas de direitos originalmente dirigidos para os países? Como equilibrar a percepção de custos e obrigações e, de benefícios e direitos de modo a favorecer a integração?*

I.6 – VISÃO DE CONJUNTO: INICIATIVAS SUL-AMERICANAS DE INTEGRAÇÃO E O MERCOSUL

Uma visão conjunta do MERCOSUL e demais iniciativas de integração econômica sul-americanas —ALADI, CAN, ALBA e CASA— permite observar que os objetivos da integração na Região vêm evoluindo lentamente, considerando os objetivos gerais de cada uma das iniciativas. Entretanto, ainda é pouco assimilada a integração econômica regional como meio de desenvolvimento local e regional, para além do livre comércio. Assim, problemas comuns no interior dos países, como desigualdades de acesso a bens e serviços públicos, permanecem restritos a agenda de cada país, com pouca presença e influência na agenda regional. No entanto, a consolidação da democracia nas nações sul-americanas, ao lado dos exercícios de construção das diversas iniciativas de

integração, tende a favorecer a participação cidadã e a inclusão de temas sociais na conformação de uma agenda regional.

Vistas conjuntamente, as iniciativas de integração sul-americanas provocam, por outro lado, a reflexão quanto à viabilidade e sustentação de processos tão variados e superpostos de integração na Região. O território, a história e as identidades na América do Sul induzem que os processos de integração tenham tempos e ritmos próprios, espelhem manifestação de vontades políticas, relacionadas aos contextos internos, regionais e internacionais que, certamente, vão influir na viabilidade, avanços e sustentação da articulação e vinculação regional. Fragmentada por origens históricas, a Região pode, contudo, com a integração praticar formas de enfrentar influências de fenômenos externos e confrontar ao mesmo tempo desafios regionais.

O MERCOSUL como parte deste dinamismo regional, está longe de ser um processo completo, acabado em todas as potencialidades ou, ainda livre de crises. A estrutura institucional do Bloco reflete a concepção política que sustenta o modelo de integração. Ao totalizar quase três centenas de organismos, a estrutura do MERCOSUL funda um espaço regional, hierarquizado e complexo, de debate e construção de consensos para o processamento da integração. Mesmo que não dispondo de estrutura de caráter supranacional, a ação negociadora é vigorosa, envolvendo múltiplos atores governamentais, manejando significativa diversidade de informação e inúmeras possibilidades de interações e interesses que se expressam em milhares de consensos, projetos, diretrizes, recomendações, acordos, decisões. Entretanto, a pulverização do debate regional e a falta de uma política regional fazem pressupor uma dificuldade em avaliar em que medida os interesses regionais comuns se manifestam em relação aos de cada Estado Parte. A União Européia, por exemplo, criou estrutura supranacional com burocracia própria de apoio técnico, de formulação e de acompanhamento agregando especialistas de todos os países que discutem e defendem os interesses regionais e a conformação do mercado interno.

O processo de integração é conduzido com o predomínio de atores governamentais que acumulam dupla função. De um lado, expressar o interesse nacional frente aos demais Estados Partes, manter coerência interna nas posições frente a todo o espectro de debate no MERCOSUL; e de outro, ainda, dar continuidade aos

projetos regionais independentemente das freqüentes mudanças de equipes nas administrações, o que impõe importantes desafios para sua consolidação. Para ganhar sustentação os compromissos assumidos devem gradualmente superar as particularidades nacionais e representar avanços para todos. O arranjo estrutural do MERCOSUL ao lado dos resultados alcançados indica o longo caminho trilhado, as idas e as vindas, e sinaliza a permanente negociação para construir a perspectiva regional frente às múltiplas visões nacionais. O estudo detalhado da estrutura indica que esta se organizou inicialmente para tratar de aspectos predominantemente comerciais e nos últimos anos preparou-se para a inclusão de temas sociais, mediante criação de novos organismos. A inclusão recente de atores não governamentais, mais diversificados, é uma oportunidade para ampliar a discussão e incluir interesses plurais.

No aprendizado regional, onde os sócios são assimétricos e o formato do espaço de debate regional reproduz aspectos internos de cada administração e país, com múltiplos atores e sem uma política regional definida, é possível que decisões tomadas por consenso aproveitem os avanços de cada Estado ou expressem o consenso possível. Entretanto, pode ser fragilizada a legitimidade democrática das decisões, ao carecer de participação mais ampliada dos cidadãos e das esferas de governo, de visibilidade e de transparência para construir o sentimento de pertencimento regional.

II — A AGENDA DA SAÚDE NO MERCOSUL: INSTITUCIONALIDADE E TEMAS

II.1 — A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA ESTRUTURA DO MERCOSUL

O complexo normativo e o arranjo institucional correspondente do MERCOSUL resultou da modalidade de integração econômica regional de união aduaneira, a qual implica em sistema de tarifas e cotas comuns nas relações econômicas (TEC). Como predominou a perspectiva comercial, a inclusão no Bloco de temas relacionados às políticas sociais ocorreu de forma lenta, gradual e subordinada, com vistas a eliminar barreiras à circulação de fatores produtivos (Luchese, 2001). No *momento afirmativo* do MERCOSUL —de 1992 a 1999— a saúde passa a ser abordada, especificamente, em dois organismos da estrutura do MERCOSUL: *Reunião de Ministros de Saúde* (RMS) criada em 1995 vincula-se ao Conselho do Mercado Comum (CMC) e define o marco político da saúde no MERCOSUL, e o *Subgrupo de Trabalho 11 Saúde* (SGT 11 Saúde) criado em 1996 vincula-se ao Grupo do Mercado Comum (GMC) e define o marco regulatório da saúde no MERCOSUL. A consolidação de uma agenda de saúde exclusiva no MERCOSUL, no SGT 11 Saúde e na Reunião de Ministros da Saúde abre espaço para que o processo de integração econômica regional incorpore na agenda regional temas de proteção à saúde em variados aspectos e tem potencialidades para que a integração se some à saúde na redução de desigualdades de acesso.

Para conhecer e analisar a agenda da saúde no MERCOSUL, o ponto de partida escolhido foi o estudo em detalhe e análise da organização e funcionamento das estruturas que tratam de saúde no MERCOSUL —o SGT 11 Saúde e a RMS—, seguido, do processo decisório e os resultados em cada uma das estruturas. A partir deste são tecidas algumas considerações sobre estes aspectos das duas estruturas e as implicações práticas. Tais estudos foram feitos com base em pesquisas, revisão bibliográfica, entrevistas semi-estruturadas com Coordenadores Nacionais do SGT 11 Saúde e da RMS, documentos oficiais do MERCOSUL, inclusive os disponíveis nas páginas eletrônicas, e produzidos pelos organismos responsáveis pelo acompanhamento do MERCOSUL, no caso a Secretaria do MERCOSUL e a Coordenação do MERCOSUL do

Ministério da Saúde do Brasil. A quantidade e qualidade da informação pesquisada vem melhorando permitindo a obtenção atualizada e acompanhamento do processo. O estudo do MERCOSUL desde esta perspectiva, visa o entendimento do desenvolvimento e conformação dos espaços da saúde na estrutura regional. Conhecer e analisar os temas de saúde da agenda regional e propiciar elementos para a análise integral das repercussões nas políticas e sistemas de saúde dos países participantes de processos de integração econômica regional é um dos objetivos da tese de doutorado (Guimares, Giovanella, 2006).

II.2 – O SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC) DO MERCOSUL

A constituição do SGT-11 Saúde ocorre no ano de 1996. Até então no MERCOSUL temas de saúde faziam parte do *SGT 3 Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade*. De acordo com a pauta negociadora do SGT 3, a tarefa básica deste subgrupo era eliminação de obstáculos técnicos a livre circulação de bens e para a integração regional entre os Estados Parte nas seguintes áreas: alimentos, produtos para a saúde, indústria automotora, metrologia, avaliação de conformidade e segurança de produtos elétricos (MERCOSUL, 1997). Como parte do SGT 3, os temas de saúde tratados se concentravam em produtos farmacêuticos, hemoderivados, sangue, cosméticos e saneantes. Pode-se considerar que a inserção da saúde no SGT 3 indica, na origem do debate da saúde no MERCOSUL, a vinculação com aspectos comerciais, relacionados com a circulação de produtos (Luchesse, 2001; BRASIL, 2006e; MERCOSUL, 1996a).

II.2.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SGT 11 SAÚDE

O SGT 11 Saúde foi criado para cumprir o compromisso dos Estados Parte em harmonizar legislações relativas à saúde. É um organismo técnico, de caráter deliberativo, com objetivo de facilitar a regulamentação no âmbito do MERCOSUL de aspectos referentes à produtos para a saúde, vigilância em saúde e serviços de saúde. De acordo com a resolução que cria o SGT 11 Saúde sua atuação deve contribuir com o processo de integração mediante a promoção e proteção da saúde e a vida das pessoas e, a eliminação de obstáculos ao comércio regional e à atenção integral e de qualidade

(MERCOSUL, 2005b). A criação do SGT 11 Saúde, como foro exclusivo da saúde, possibilita a extensão e o aprofundamento do debate para além de aspectos comerciais, o que pode ser observado na evolução das pautas negociadoras do novo subgrupo. O SGT 11 Saúde é integrado por dirigentes, especialistas e técnicos representantes dos Ministérios da Saúde e órgãos vinculados dos Estados Parte (Brasil, 2006e; Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006).

Os trabalhos do SGT 11 Saúde se organizam ao redor de uma *pauta negociadora*, de interesse comum da qual constam temas priorizados pelos Estados Parte e que é acordada e aprovada pelo GMC. Os temas que integram a pauta negociadora "(...) *respeitarão o limite estrito de competências de cada um dos Ministérios da Saúde dos Estados Parte e as pautas negociadoras acordadas para os Subgrupos de Trabalho existentes* (Art. 3º. da Resolução GMC MERCOSUL 151/96, MERCOSUL, 1996a). Tal delimitação de temas a partir das competências de cada Ministério pode apresentar-se como desafio importante no acordo, no debate e nos resultados da pauta regional da saúde. Os estudos dos sistemas de saúde dos Estados Parte (OPS/OMS, s/dataa; OPS/OMS, s/datab; OPS/OMS, s/datac; OPS/OMS, s/datad) evidenciam que embora existam entre os Países do MERCOSUL valores comuns, predominam diferenças importantes na concepção, organização, gestão, financiamento e resultados das políticas públicas de saúde. Como os Ministérios da Saúde têm atribuições específicas, relacionadas aos desenhos das políticas e sistemas de saúde nacionais, pode-se considerar que será necessário mais esforço para alcançar consensos, os quais tendem a ser processos mais lentos e com resultados mais gerais. Indicam, ainda, que o processo de harmonização é construído em contexto de ajustes delicados no MERCOSUL e nos Estados Parte para alcançar o equilíbrio entre avanços e recuos para cada um dos Países em separado.

Desde a criação em 1996, o SGT 11 Saúde teve três Pautas Negociadoras: a primeira definida em 1998 (MERCOSUL, 1998d), a segunda em 2001 (MERCOSUL, 2001) e a terceira, que é a vigente, definida em 2005 (MERCOSUL, 2005b). Cada nova pauta negociadora pressupõe avaliação do estágio alcançado com a integração no MERCOSUL e com os resultados alcançados pelo SGT 11 Saúde, conforme os programas de trabalho anuais. Esta avaliação resulta na inclusão de novos temas (MERCOSUL, 2005b). A partir da observação do conjunto das três Pautas Negociadoras, especificamente com relação à

tarefa geral e às áreas de trabalho do SGT 11 Saúde, é possível constatar aspectos que indicam o aprofundamento do escopo da agenda regional da saúde. De 1998 para 2001, há importante aprofundamento e alargamento na tarefa geral do Subgrupo que passa a harmonizar legislações em um espectro mais amplo relacionado à saúde, com objetivos de *promover e proteger a saúde e a vida*. De 2001 para 2005, ocorre novo incremento na tarefa geral do SGT 11 Saúde ao ser acrescentada a *coordenação de ações entre os Estados Parte* referente à *atenção à saúde com vistas à atenção integral de qualidade* (ver Quadro 11). Em relação à área de trabalho, permanecem as mesmas nas duas primeiras Pautas Negociadoras, quando em 2005 ocorre a mudança em duas delas: *Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira* para *Vigilância em Saúde* e a de *Prestação de serviços de saúde* muda para *Serviços de atenção à saúde*. Da pauta negociadora do SGT 11 Saúde vigente, aprovada por Resolução do GMC de 2005 (MERCOSUL, 2005b), consta o detalhamento da tarefa do Subgrupo, as pautas de ação, as tarefas dos coordenadores nacionais, as áreas de trabalho e os temas de cada uma das Comissões integrantes.

QUADRO 11 - EVOLUÇÃO DA TAREFA GERAL E DAS ÁREAS DE TRABALHO DO SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC) DE ACORDO COM A PAUTA NEGOCIADORA, DE 1998 A 2005.

Pauta Negociadora de 1998	Pauta Negociadora de 2001	Pauta Negociadora de 2005
Tarefa Geral		
<i>Harmonizar os parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos na área da saúde e os mecanismos de controle sanitário dos Estados Parte para o fim de eliminar os obstáculos técnicos ao comércio e lograr o fortalecimento do processo de integração regional.</i>	<i>Harmonizar as legislações dos Estados Parte referentes aos bens, serviços, matérias primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo desta maneira ao processo de integração.</i>	<i>Harmonizar legislações e coordenar ações entre os Estados Parte referentes à atenção à saúde, bens, serviços, matérias primas e produtos da área da saúde, vigilância epidemiológica e controle sanitário, com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar obstáculos ao comércio regional e à atenção integral e de qualidade, contribuindo desta maneira ao processo de integração</i>
Áreas de Trabalho		
<i>Produtos para a saúde. Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Passos de Fronteira Prestação de serviços de saúde</i>	<i>Produtos para a saúde. Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira Prestação de serviços de saúde</i>	<i>Produtos para a saúde Vigilância em Saúde Serviços de atenção à saúde</i>

Fonte: Elaboração própria com base nas Pautas Negociadoras constante em MERCOSUL, 1998d; MERCOSUL, 2001; MERCOSUL, 2005b. Observação: em negrito os aspectos incluídos de uma Pauta para outra.

As *pautas de ação* do SGT 11 Saúde acordadas e definidas em 2005 incluem também definir relacionamento com as demais instâncias do MERCOSUL, propor procedimentos para organizar, sistematizar e difundir informação, promover o aperfeiçoamento e articulação dos sistemas nacionais para a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços de modo a reduzir riscos em saúde, promover a cooperação para a integração regional no setor saúde e, propor ações comuns de atenção integral à saúde e a qualidade de vida das pessoas no âmbito do MERCOSUL (MERCOSUL, 2005b).

Em seguida, a Pauta Negociadora define as *tarefas dos coordenadores nacionais* que são os responsáveis pela organização das atividades, desenvolvimento das pautas negociadoras, acompanhamento e avaliação dos trabalhos e resultados. Os coordenadores nacionais são os portadores ao GMC dos projetos de resolução harmonizados nas Comissões do SGT 11 Saúde. Os coordenadores apóiam a formulação dos planos anuais de trabalho anuais das Comissões, os quais propiciam o acompanhamento do desenvolvimento da pauta, que é avaliada em até dois anos.

A Pauta Negociadora de 2005 adequou a estrutura do SGT 11 Saúde na atual conformação, com três áreas de trabalho: *produtos para a saúde, vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde*. Cada uma dessas áreas é responsabilidade de uma comissão do SGT 11 Saúde com propósito, unidades de trabalho, temas e campo de ação definidos e de acordos com esses se subdivide em subcomissões e grupos *ad-hoc* (ver Quadro 12).

No caso da *Comissão de Produtos para a Saúde* que foi parte do SGT 3, trata de temas como medicamentos, sangue e hemoderivados, produtos médicos e diagnósticos, cosméticos e saneantes, organizados em sete unidades de trabalho. O propósito da *Comissão de Produtos para a Saúde* é, segundo a Pauta Negociadora:

“(...) a harmonização dos regulamentos técnicos e procedimentos relacionados com os produtos sob regime de vigilância sanitária, na cadeia de produção até o consumo, visando à melhoria da qualidade, eficácia e segurança dos produtos ofertados à população, à promoção da saúde e ao gerenciamento de riscos à saúde e, ao mesmo tempo, eliminando os obstáculos injustificados ao comércio regional” (Tarefa Geral, Pauta Negociadora do SGT 11 Saúde, Anexo, MERCOSUL, 2005b).

A *Comissão de Vigilância em Saúde* reparte-se em duas subcomissões para tratar de temas de vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos,

terminais e pontos de fronteira. Tem como propósitos centrais, segundo a Pauta Negociadora:

“(...) a) o intercâmbio de informações sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis, assim como seus fatores de risco; b) a harmonização de diretrizes, normas e procedimentos relacionados à vigilância epidemiológica e ao controle sanitário de riscos e agravos à saúde, contribuindo desta maneira ao processo de integração regional, de forma articulada com outras instâncias do MERCOSUL e outros organismos internacionais” (Tarefa Geral, Pauta Negociadora do SGT 11 Saúde, Anexo, MERCOSUL, 2005b).

A *Comissão de Serviços de Atenção à Saúde* subdivide-se em três subcomissões para contemplar os temas de serviços de saúde, desenvolvimento e exercício profissional e avaliação e uso de tecnologias em serviços de saúde. Segundo a Pauta Negociadora tem os propósitos de:

“(...) além da harmonização de marcos regulatórios dos serviços de saúde dos Estados Partes, é o de favorecer a cooperação técnica e integração no âmbito do MERCOSUL, criando condições objetivas para que os Estados Partes possam ampliar o acesso da população do MERCOSUL à atenção a Saúde e assegurar sua qualidade e resolutividade, bem como promover a integração das ações de suas subcomissões” (Tarefa Geral, Pauta Negociadora do SGT 11 Saúde, Anexo, MERCOSUL, 2005b).

No funcionamento do SGT 11 Saúde são agregados outros organismos: *Comitê Coordenador*, Grupo de Trabalho Quadripartite para a Cooperação em Saúde e Integração Regional, Núcleo de Articulação em Informação e Comunicação em Saúde e uma Secretaria Administrativa de Apoio (Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; MERCOSUL, 2005b; Brasil, 2006d.).

QUADRO 12 - ESTRUTURA DO SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC) DO MERCOSUL, 2006.

<i>Comissões</i>	Subcomissões e Grupos de Trabalho
<i>Comissão de Produtos para a Saúde</i>	Área Farmacêutica Grupo <i>Ad-hoc</i> Psicotrópicos Grupo <i>Ad-hoc</i> Sangue e Hemoderivados Grupo <i>Ad-hoc</i> Produtos Médicos e Correlatos Grupo <i>Ad-hoc</i> Reativos e Diagnósticos de Uso <i>in vitro</i> Grupo <i>Ad-hoc</i> de Cosméticos Grupo <i>Ad-hoc</i> de Saneantes Domissanitarios
<i>Comissão de Vigilância em Saúde</i>	Subcomissão de Vigilância Epidemiológica Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira
<i>Comissão de Serviços de Atenção a Saúde</i>	Subcomissão de Serviços de Saúde Subcomissão Desenvolvimento e Exercício Profissional Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Saúde
<i>Comitê Coordenador</i>	
<i>GT Quadripartite - Projeto de Cooperação em Saúde e Integração Regional</i>	
<i>Apoio à Comissão Intergovernamental de Sistema de Informação e Comunicação em Saúde (RMS)</i>	
<i>Secretaria Administrativa de Apoio</i>	

Fonte: Elaboração própria com base em Secretaria do Mercosul, 2006a; Secretaria do Mercosul, 2006b; Brasil, 2006d.

II.2.2 MOMENTOS DE REGULAMENTAÇÃO DE RESOLUÇÕES ORIGINÁRIAS DO SGT 11 SAÚDE: HARMONIZAÇÃO, INTERNALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Os conteúdos trabalhados de acordo com a Pauta Negociadora, quando harmonizados nas Comissões do SGT 11 Saúde, transformam-se em resoluções do GMC. A depender do tipo de resolução —a que trata de assuntos administrativos não necessita internalização— esta deve ser internalizada mediante incorporação ao ordenamento jurídico nacional de cada Estado Parte (MERCOSUL, 1996e). A implementação da resolução no MERCOSUL ocorre quando se completa em todos os Estados Parte o processo de internalização (Brasil, 2006a). O processo de regulamentação regional do SGT 11 Saúde envolve, portanto, três momentos: harmonização nas Comissões, internalização pelos Estados Parte e implementação no MERCOSUL (ver Quadro 13). Trata-se de longo processo por ocorrer em ambiente de significativa diversidade entre os Estados Parte quanto às políticas e aos sistemas de saúde (OPS/OMS, s/dataa; OPS/OMS, s/datab; OPS/OMS, s/datac; OPS/OMS, s/datad).

A fase de harmonização caracteriza-se por um processo de construção gradual de consensos na subcomissão, já a internalização relaciona-se com as dinâmicas internas do regime de cada País e a implementação regional aguarda a conclusão do trabalho de

internalização para tornar efetiva a regulação regional no MERCOSUL (Brasil, 2006a). Todos os momentos têm prazos definidos e devem observar normas internacionais, regionais, sub-regionais e nacionais (MERCOSUL, 1996e).

O início de regulamentação regional —*momento de harmonização*— ocorre a partir da definição do tema como item da pauta do SGT 11 Saúde, para o qual cada Estado Parte indica representante para compor, junto com os pares dos outros Países, grupo de trabalho que construirá a proposta inicial (ver Quadro 13). O grupo de trabalho procede ao levantamento de legislações internacionais, regionais, sub-regionais e nacionais sobre o tema, identificando pontos comuns para harmonizar como conteúdos do *Projeto de Resolução*. Essa etapa é acompanhada pela coordenação da Comissão específica que pode decidir pela prorrogação do tempo dos trabalhos, pela suspensão do debate ou pela aprovação dos resultados alcançados (BRASIL, 2006a). No caso da decisão pela aprovação, o resultado é levado à Coordenação do SGT 11 Saúde, a qual compete decidir pela continuidade do trabalho para seu aperfeiçoamento ou pela apresentação para consulta interna nos Estados Parte, como *Projeto de Resolução*. Nos Países o processo de consulta interna segue trajetória particular de acordo com os esquemas já existentes. Da consulta interna, em cada Estado Parte, podem surgir modificações em aspectos do *Projeto de Resolução*, que neste caso deve retornar ao grupo de trabalho para nova harmonização. O *momento de harmonização* é concluído com a aprovação pelos Coordenadores Nacionais que encaminham a regulamentação ao GMC, ao qual compete decidir pela publicação de resolução que passa a fazer parte da regulamentação regional e pode exigir a incorporação ao ordenamento jurídico em cada Estados Parte.

O *momento de internalização* tem início a partir da resolução do GMC como norma do MERCOSUL a qual impõe a incorporação ao ordenamento jurídico nacional em cada País, de acordo com os trâmites comuns e necessários para efetivar o regulamento. Esta pode ser uma fase longa devido às mudanças necessárias para implantar o novo regulamento, ainda que a consulta interna do *Projeto de Resolução*, estabelecida em 1996 (MERCOSUL, 1996e; BRASIL, 2006e), teoricamente desencadeie ajustes no regime de cada País. Concluída a internalização, cada Estado Parte deve informar a Secretaria do MERCOSUL o instrumento e a data completa da incorporação, em geral, expressa em publicação normativa pelo País (BRASIL, 2006a). O *momento de implementação* ocorre

quando completada a internalização em todos os Estados Parte e o tema passa a ter regulamentação regional.

QUADRO 13 - MOMENTOS DE REGULAMENTAÇÃO DE RESOLUÇÕES ORIGINÁRIAS DO SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC): HARMONIZAÇÃO, INTERNALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Momento	Procedimento
<i>Harmonização</i> No Grupo de Trabalho Na Comissão Na Coordenação do SGT 11 Saúde Nos Estados Parte	1. Definir tema a ser regulamentado 2. Levantar legislações internacionais, regionais, sub-regionais e nacionais 3. Harmonizar conteúdos para o <i>Projeto de Resolução</i> 4. Encaminhar para consulta interna nos Estado Parte 5. Harmonizar aspectos resultantes da consulta interna 6. Avaliar para aprovação ou não 7. Elevar ao GMC 8. Transformar em Resolução se aprovado pelo GMC
<i>Internalização</i> Nos Estados Parte	9. Realizar a incorporação do regulamento no ordenamento jurídico nacional mediante instrumento específico 10. Informar à Secretaria do MERCOSUL o instrumento e a data de publicação
<i>Implementação</i> No MERCOSUL	11. Incorporação ao ordenamento jurídico de cada Estado Parte concluída 12. Vigência regional do regulamento

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Brasil, 2006a; Brasil, 2006e; MERCOSUL, 1996e.

O processo regulatório tem metodologia similar em todo o MERCOSUL, definida em resolução do GMC sobre *Diretrizes para a Elaboração e Revisão de Regulamentos Técnicos Mercosul* (MERCOSUL, 1996e) que deve ser observadas por todos os Subgrupos de Trabalho e Reuniões Especializados. De acordo com tais Diretrizes “(...) os regulamentos devem se restringir aos aspectos essenciais relacionados com a saúde, a segurança, a proteção do meio ambiente e a defesa do consumidor” (Considerandos, Resolução GMC 152/96, MERCOSUL, 1996e). A resolução do GMC faz distinção entre os instrumentos que estabelecem as características do produto ou da produção: regulamento técnico de observância obrigatória, a norma técnica aprovada por instituição reconhecida, e o regulamento técnico MERCOSUL harmonizado pelos Estados Parte e aprovado por resolução do GMC, no processo descrito acima (MERCOSUL, 1996e).

II.2.3 RESULTADOS ALCANÇADOS NO SGT 11 SAÚDE MERCOSUL

A Pauta Negociadora define os temas que cada Comissão e respectivas unidades de trabalho estarão dedicadas a debater com fins de propor algum tipo de regulamentação

regional na sistemática descrita. A pauta vigente (MERCOSUL, 2005b) reforça atividades para a harmonização das legislações e a coordenação de ações para a integração regional. Entre estas estão os sistemas de vigilância sanitária dos Estados Parte que necessitam ser compatibilizados para o reconhecimento mútuo. Outros temas ressaltados são: a articulação da saúde com as demais instâncias do MERCOSUL, a organização, sistematização e difusão de informação, a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços ofertados à população. Destacam-se propostas de cooperação entre os Estados Parte que visem a integração setorial com vistas a promover a atenção integral à saúde e a qualidade de vida das pessoas, mediante ações comuns.

De acordo com as informações dos trabalhos do SGT 11 Saúde, em documento produzido pelo Coordenador Nacional do lado brasileiro (BRASIL, 2006e), os trabalhos das Comissões contemplam diversos avanços que reforçam o caráter cooperativo entre os Países para a abordagem de questões comuns priorizadas (ver Quadro 14). Tais avanços são referidos aos processos de registro e de controle, de boas práticas, de regulamentos comuns, de definição de glossários na *Comissão de Produtos para a Saúde*. No campo de vigilância epidemiológica destacam-se avanços na definição de doenças prioritárias para controle e normas de vigilância, diagnóstico e tratamento, procedimentos de informação, controle de viajantes e da utilização do Regulamento Sanitário Internacional no MERCOSUL trabalhadas na *Comissão de Vigilância em Saúde*. Avanços em harmonização de procedimentos de habilitação de serviços de emergência, de tratamento intensivo, de informações de saúde da criança, ao lado de lista da matriz de registro de profissional de saúde e de diretrizes metodológicas de avaliação de tecnologias em saúde resultam da *Comissão de Serviços de Atenção à Saúde*.

QUADRO 14 - AVANÇOS EM HARMONIZAÇÕES NAS COMISSÕES DO SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC) DO MERCOSUL, 2006.

Comissão	Temas de saúde harmonizados
----------	-----------------------------

Produtos para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: registro, boas práticas de fabricação e controle, boas práticas de distribuição, inspeção conjunta. • Psicotrópicos e entorpecentes: formulários para autorização de importação e exportação, regulamento técnico sobre controle e fiscalização em zonas francas e áreas aduaneiras especiais. • Produtos médicos: registro, boas práticas de fabricação. • Produtos para Diagnóstico de uso <i>in vitro</i>: registro e boas práticas de fabricação. • Cosméticos: registro, definições, glossário de termos, listas de substâncias permitidas e de uso restrito ou proibido, boas práticas de fabricação e controle. • Saneantes: registro, definições, glossário de termos, boas práticas de fabricação e controle.
Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância epidemiológica: glossário de termos, definição de caso suspeito e confirmado, definição de doenças prioritárias (cólera, raiva, malária, febre amarela, meningite meningocócica, tétano neonatal, difteria, poliomielite, febre tifóide, hantavirose e rubéola), de maior acompanhamento (sarampo, raiva e dengue), consolidação regional da situação das doenças prioritárias, normas de vigilância epidemiológica, diagnóstico de laboratório, controle e esquemas terapêuticos de doenças prioritárias, inclusão da influenza humana, medidas de controle de viajantes, utilização do Regulamento Sanitário Internacional, definição de laboratórios de referência, procedimentos de informação e controle da SARS.
Serviços de Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> i. Prestação de serviços de saúde: glossário de termos comuns em serviços de saúde, requisitos comuns para a habilitação de unidades móveis de atenção médica de emergência, requisitos comuns para unidades de terapia intensiva de adultos, informação básica comum para a caderneta de saúde da criança. ii. Desenvolvimento e exercício profissional: lista de especialidades médicas, matriz mínima de registro profissional em saúde. iii. Tecnologias: diretrizes para metodologias de avaliação de tecnologias em saúde.

Fonte: Elaboração própria com base em MERCOSUL, 2005b; Brasil, 2006e-h.

A partir do acompanhamento das resoluções do GMC harmonizadas pelas Comissões do SGT 11 Saúde (BRASIL, 2006A) é possível identificar em que momento do processo de regulamentação do MERCOSUL —*implementação, internalização ou harmonização*— estas se encontram (ver Quadro 15). Em 2006, existiam 106 resoluções oriundas das Comissões do SGT 11 Saúde no *momento de implementação*, ou seja, internalizadas em todos os 4 Estados Parte, sendo 85 (80%) da *Comissão de Produtos de Saúde*, 16 (15%) da *Comissão de Vigilância em Saúde* e 6 (5%) da *Comissão de Serviços de Atenção à Saúde*. Nota-se que o predomínio de resoluções da área de produtos de saúde relaciona-se com diversos fatores, inclusive o da *Comissão de Produtos de Saúde* ter sido criada em 1992 e a em decorrência da existência de consensos internacionais que facilitam a harmonização regional. Nos demais campos vigilância e serviços podem existir mais diversidades e assimetrias, o que demanda tempos mais longos de negociação que reflete no número de resoluções implementadas. A baixa incidência de resoluções da *Comissão de Serviços de Atenção à Saúde* pode

relacionar-se com a decisão de harmonizar estratégias e diretrizes e não *Propostas de Resoluções* para o GMC (Brasil, 2006e:74). Em 2006 existiam ainda 25 resoluções no *momento de internalização*, 16 em revisão, portanto, no *momento de harmonização*, 25 revogadas e 7 que não ensejavam medida de incorporação ao ordenamento jurídico nacional.

QUADRO 15 - CONSOLIDADO DA SITUAÇÃO DE RESOLUÇÕES DAS COMISSÕES DO SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC) DO MERCOSUL, 2006.

Resoluções	Comissão de Produtos para a Saúde	Comissão de Vigilância em Saúde	Comissão de Serviços de Atenção à Saúde	Total
Internalizadas	85	16	6	107
Em internalização	21	2	2	25
Em revisão	5	9	2	16
Revogadas	22	3	--	25
Não enseja medida	5	--	2	7
Total	138	30	12	180

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Brasil, 2006a.

É importante ressaltar que as informações com o acervo normativo do MERCOSUL, em suas diversas modalidades de normas —decisões, resoluções, diretrizes e recomendações—, encontra-se disponível nas páginas eletrônicas do Bloco organizados por origem. Ou seja, decisões e recomendações do Conselho do Mercado Comum, resoluções do Grupo do Mercado Comum e diretrizes da Comissão de Comércio do MERCOSUL. Não consta da página, informações consolidadas e sintetizadas sobre todas as normas que ensejam incorporação e aquelas que não necessitam. Tão pouco, com relação aos que ensejam internalização consta da página o estágio de incorporação em cada Estado Parte. Situação semelhante pode ser observada com relação aos acordos entre os Estado Parte, em geral, formalizados nas Reuniões de Ministros. A ausência desta informação oficial leva à consulta em outras fontes as quais utilizam variadas formas e sistemáticas de cálculos e de apresentação. Entende-se que esta consolidação é importante para análises do grau de implantação das normas regionais, de adesão dos Estados Parte aos temas tratados, para a compreensão das dinâmicas internas e para estudo de tendências normativas regionais. Além disso, a internalização envolve muitos procedimentos internos e nem todos os Estados Parte necessitam internalizar todas as normas. No caso da saúde, os Estados Parte tomam

iniciativa de realizar este acompanhamento, mas de forma variada e nem sempre atualizada.

Outra modalidade de acompanhamento vai detalhar o conteúdo das resoluções, a data e o instrumento de cada País que incorporou as resoluções do GMC ao ordenamento jurídico nacional nos Estados Parte do MERCOSUL (Brasil, 2006b). Nesta fonte as resoluções do SGT 11 Saúde vão do ano de 1992 a 2005, somam 80 resoluções, sendo que dez (12,5%) não necessitam incorporação e as demais 70 resoluções (87,5 %) consta a normativa de cada um dos Estados Parte, incorporando ao ordenamento jurídico nacional respectivo (ver Quadro 16). Com referência à origem da resolução em relação à Comissão do SGT 11 Saúde, observa-se que a primeira resolução originária da *Comissão de Vigilância em Saúde* ocorre no ano de 1999 e a da *Comissão de Serviços de Saúde* no ano de 2000. Estas Comissões mais recentes juntas representam 13% das resoluções incorporadas.

QUADRO 16 - CONSOLIDADO DE RESOLUÇÕES INTERNALIZADAS POR COMISSÃO DO SUBGRUPO DE TRABALHO 11 SAÚDE (SGT 11 SAÚDE) DO GRUPO DO MERCADO COMUM (GMC) DO MERCOSUL NO PERÍODO DE 1992 A 2005.

Comissões	Incorporadas	Não necessita incorporação	Total
Comissão de Produtos para a Saúde	61	5	66
Comissão de Vigilância em Saúde	8	--	8
Comissão de Serviços de Atenção à Saúde	1	3	4
Pautas Negociadoras	--	2	2
Total	70	10	80

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, 2006b.

A análise dos temas tratados nas resoluções incorporadas originárias do SGT 11 Saúde estão mais estreitamente relacionados à circulação de produtos e serviços, e menos à circulação de bens e pessoas (Brasil, 2006b). Uma possibilidade de agregação destes temas por assuntos confirma a tendência em tratar de produtos, ainda que os conteúdos sejam variados envolvendo desde a fabricação, distribuição e comércio até a inspeção e fiscalização. Das 70 resoluções incorporadas, 61 (87,1%) se referem a medicamentos (47,1%), cosméticos (24,3%), domissanitários (11,4%) e produtos médicos (4,3%). Os restantes 12,9% das resoluções incorporadas tratam de nove temas, cada um representando 1,4%: pesquisa clínica, diagnóstico, controle de sangue, notificação de doenças, agravos, embarcações, glossário de serviços, especialidades

médicas e tecnologia de saúde (Brasil, 2006b). Outros aspectos de análise relevantes, mas que ficam pendentes aqui, é o tempo para a incorporação da resolução em cada Estado Parte o qual pode indicar elementos dos procedimentos internos em cada Estado Parte para a incorporação das resoluções MERCOSUL e dos conteúdos das resoluções em processo de incorporação e em revisão.

A análise das resoluções e incorporação dessas pelos Estados Parte aqui realizada não perde de vista, frente a toda a diversidade existente entre as políticas e sistemas de saúde, o desafio da construção de consensos para a harmonização que origina as regulamentações existentes no MERCOSUL e que são incorporadas ao ordenamento jurídico de cada Estado Parte. O trabalho no SGT 11 Saúde envolve alcançar um ponto de harmonização que possa, em alguma medida, avançar no estágio atual de cada País e conter algum tipo de mecanismo que contribua para a superação de dificuldades internas a cada realidade.

II.3 – A REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS) DO CONSELHO DO MERCADO COMUM (CMC) DO MERCOSUL

A RMS foi criada em 1995 com a função de propor ao CMC medidas para a coordenação de políticas na área de saúde no MERCOSUL (MERCOSUL, 1995). A RMS caracteriza-se como instância de cooperação técnica que realiza planos, programas, estratégias e diretrizes regionais que refletem a visão conjunta dos Estados Parte. É um espaço de acordo para soluções partilhadas e promotoras de políticas de saúde, de forma cooperativa, entre os Ministros da Saúde dos Estados Parte do qual participam os Estados Associados como observadores (Brasil, 2006e; Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006). O resultado do trabalho da RMS no processo de integração econômica regional é definir o marco político em saúde que se expressa em acordos, não sendo, portanto, necessária a incorporação ao ordenamento jurídico dos Estados Parte. A RMS tem competência institucional para formular, acordar e apoiar ações de promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde que mesmo quando conjuntas, são realizadas em cada Estado Parte, com os recursos existentes nos sistemas de saúde nacionais. Constituída pelos Ministros da Saúde dos Estados Partes, a RMS é um espaço institucional privilegiado para acompanhar e avaliar as repercussões do avanço do MERCOSUL em temas sanitários. Os acordos firmados pelos Ministros de

Saúde dos Estados Parte derivam da discussão, do trabalho e dos consensos construídos nos organismos vinculados à RMS.

II.3.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA RMS DO MERCOSUL

A RMS ocorre uma vez a cada semestre, de acordo com a rotação da Presidência *Pro-Tempore* do MERCOSUL (Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006). Com a nova estrutura, a partir de 2006, vinculam-se à RMS onze *Comissões Intergovernamentais*, um *Programa de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis* e o Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL (ver Quadro 17). As Comissões funcionam como grupos de trabalho integrados por dirigentes, especialistas e técnicos representantes dos Estados Parte e Associados que debatem à luz das políticas nacionais, construindo consensos regionais que se efetivam em planos, programas, estratégias e diretrizes acordadas. O Comitê Coordenador, constituído pelos coordenadores nacionais dos Estados Parte coordena as atividades para harmonização dos trabalhos das *Comissões Intergovernamentais* que antecedem as reuniões dos Ministros. As *Propostas de Acordo* e *Documentos Técnicos* resultantes são levados pelo Comitê Coordenador, à apreciação para acordo entre os Ministros de Saúde na RMS.

O espaço político de discussão e encaminhamento de negociações em saúde pública conformado pelas *Comissões Intergovernamentais* vem incluindo gradualmente novos temas ao debate político regional. A primeira das *Comissões Intergovernamentais* foi criada em 2000 para tratar de temas da política de medicamentos, neste mesmo ano constitui-se também programa de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis (ver Quadro 17). Em 2001 é criada a *Comissão Intergovernamental* de Controle da Dengue e em 2002 a de HIV AIDS. Em 2003, entram os temas de saúde sexual e reprodutiva e de controle do tabaco em duas novas *Comissões Intergovernamentais*. Em 2004 são inseridos temas de saúde e desenvolvimento, riscos e vulnerabilidades, e saúde ambiental e do trabalho. Mais recentemente entrou em pauta o Regulamento Sanitário Internacional, Banco de Preços de Medicamentos, doação e transplantes e de informação em saúde. Esta expansão de *Comissões Intergovernamentais* da RMS exhibe a incorporação de novos temas,

transpondo questões de vigilância de produtos e doenças transmissíveis para temas de promoção e proteção social da saúde.

QUADRO 17 - REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS) DO CONSELHO DO MERCADO COMUM (CMC) DO MERCOSUL: ORGANISMOS INTEGRANTES E ANO DE CRIAÇÃO, 2006.

Ano de criação	Nome do organismo
2000	Comissão Intergovernamental Políticas de Medicamentos
2000	Programa de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis, Sarampo, Cólera, Dengue e Febre Amarela.
2001	Comissão Intergovernamental Controle da Dengue
2002	Comissão Intergovernamental HIV-AIDS
2003	Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva
2003	Comissão Intergovernamental Controle do Tabaco
2004	Comissão Intergovernamental Saúde e Desenvolvimento
2004	Comissão Intergovernamental Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades
2004	Comissão Intergovernamental Saúde Ambiental e do Trabalho
2005	Comissão Intergovernamental Implementação do Regulamento Sanitário Internacional
2005	Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL
2006	Comissão Intergovernamental Doação e Transplantes
2006	Comissão Intergovernamental Sistema de Informação e Comunicação em Saúde

Fonte: Elaborado própria com base em Secretaria do MERCOSUL, 2006a; Secretaria do MERCOSUL, 2006b; Brasil, 2006a; Brasil, 2006e.

II.3.2 TEMAS DE SAÚDE NA AGENDA DA RMS DO MERCOSUL

Os temas incluídos na pauta da RMS do MERCOSUL resultam do interesse consensual entre os Estados Parte, a partir da indicação de cada membro, de prioridades consideradas relevantes para o debate regional. A pauta final de prioridades tem origens em problemas ou questões internas a cada país, relacionados com o processo de integração que os membros considerem relevantes para a discussão regional (ver Quadro 18). A lista geral dos temas desenvolvidos na RMS conforma leque diversificado de assuntos (Brasil, 2006e; Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006). Pode-se observar tendência em priorizar temas gerais e que promovam o conhecimento mútuo —diagnósticos e estudos, intercâmbio de experiências—, privilegiando as ações formadoras —atividades educativas, de capacitação, de informação—, a economia de escala —aquisição conjunta—, fortalecendo estratégias —acesso a medicamentos, criação de redes— na forma de implementação —articulando ações entre ONGs e organismos internacionais—.

QUADRO 18 - TEMAS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS NAS COMISSÕES DA REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS) DO CONSELHO DO MERCADO COMUM (CMC) DO MERCOSUL, 2006

Comissão	Temas de Saúde Desenvolvidos
Intergovernamental	
Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde	Sistemas de informação e comunicação Base de dados de saúde no MERCOSUL Indicadores de saúde de zonas de fronteira do MERCOSUL
Política de Medicamentos	Acesso equitativo a medicamentos essenciais Qualidade, segurança, eficácia e uso racional de medicamentos Distribuição e dispensação Pesquisa científica e tecnológica Medicamentos genéricos Patentes Lista regional de medicamentos prioritários e essenciais Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL
Controle de Dengue	Controle, erradicação e eliminação da infestação por <i>Aedes Aegypti</i> e da transmissão do vírus
HIV-Aids	Educação, vigilância epidemiológica e controle Acesso universal a medicamentos Critérios e parâmetros de investigação Política integrada para combater a epidemia e o VIH/SIDA Estratégia regional para redução da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita Harmonização de dados epidemiológicos para acompanhamento da doença Implementação de centro de referência em Ciudad del Leste
Controle do Tabaco	<i>Convênio Marco para o Controle do Tabaco</i> Sistema de Informação da Epidemia do Tabagismo nos Estados Parte Integração das Ações de Comunicação e Mobilização Social para o Controle do Tabaco
Saúde Sexual e Reprodutiva	Direito a saúde sexual e reprodutiva Direitos para decisão livre e responsável sobre o planejamento familiar Acesso a informação, educação e aos serviços de saúde Capacitação de profissionais Diagnóstico da situação de saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres Inclusão de contraceptivos no Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL
Saúde e Desenvolvimento	Estratégias regionais que incorporem as dimensões sociais e de saúde Progresso social e avanço na diminuição da pobreza Objetivos e metas do milênio, financiamento do setor saúde e dívida pública Matriz referencial dos sistemas de saúde Plantas medicinais e fitoterápicos Contas de saúde Objetivos e metas do milênio Análise econômica do setor saúde no MERCOSUL
Gestão de Risco e Redução de Vulnerabilidades	Diagnóstico de órgãos que desenvolvam atividades relacionadas à contenção de acidentes e desastres Mecanismo de coordenação para cooperação e resposta a possíveis desastres Internalizar informações da legislação e ações dos Estados Parte Sistema de informações e base de dados sobre gestão de risco e vulnerabilidades Enfoque multisetorial para prevenir ou mitigar acidentes ambientais, naturais, tecnológicos, químicos e biológicos
Saúde Ambiental e do	Diretrizes para a formulação de política integrada

Trabalhador	Plano de ação conjunto Gestão integrada de recursos hídricos e resíduos sólidos Manejo seguro de substâncias químicas
Implementação do Regulamento Sanitário Internacional	Avaliação da implementação do RSI Plano de ação para fortalecer capacidades básicas em vigilância sanitária. Prevenção da propagação de enfermidades internacionais
Doação e Transplantes	Otimização de recursos para assegurar acessibilidade, equidade, qualidade e segurança na doação e transplante Cooperação técnica Assegurar acesso e equidade nos processos de doação e transplantes de órgãos, tecidos e células
Vigilância e Controle de Enfermidades Transmissíveis	Informe semestral atualizado sobre: Dengue, Chagas, Cólera, Febre Amarela e Sarampo Ações e estratégias para evitar a pandemia da gripe aviária

Fonte: Elaboração própria com base em Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006.

II.3.3 RESULTADOS ALCANÇADOS NA RMS DO MERCOSUL

Na RMS estão registrados acordos entre os Estados Partes (Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do Mercosul, 2006), tratando de política de medicamentos, controle do tabaco, controle da Dengue, sobre HIV-AIDS, saúde sexual e reprodutiva, harmonização de dados epidemiológicos, pandemia da gripe aviária e doação de órgãos e transplante (ver Quadro 19).

QUADRO 19 - ACORDOS FIRMADOS NA REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS) DO CONSELHO DO MERCADO COMUM (CMC) DO MERCOSUL, 2006

Ano	Acordo firmado na RMS
2000	Estabelece a Política de Medicamentos para o MERCOSUL (Acordos RMSM-EA N°.05/00)
2002	Política de Medicamentos do MERCOSUL (Acordos RMSM-EA N°.02/02)

2003	Estabelece Estratégia Regional para o Controle do Tabaco no MERCOSUL (Acordos RMSM-EA N°.06/03)
2003	Definição de Áreas Prioritárias para HIV-AIDS
2004	Plano Regional de Intensificação das Ações de Controle da Dengue no MERCOSUL
2004	Transmissão materna e HIV-AIDS
2004	Acesso a medicamentos e HIV-AIDS
2004	Política de Saúde Sexual e Reprodutiva do MERCOSUL (Acordos RMSM-EA N°.21/04)
2004	Política de Saúde Sexual e Reprodutiva do MERCOSUL (Acordos RMSM-EA 02/05)
2004	Harmonização de dados epidemiológicos entre Estados Parte (Acordo RMSM-EA N°.15/04 e 16/04)
2005	Plano de Ações para a Implementação da Política Regional para o Controle do Tabaco (Acordo RMSM-EA N°.05/05)
2005	Priorização de Recursos para a Implementação dos Planos de Ação da Política Regional para o Controle do Tabaco (Acordo RMSM-EA N°.10/05)
2005	Plano de Ações Conjuntas e as Estratégias Conjuntas para evitar a Pandemia do Vírus H5N1 (Decisão CMC N 31º/05).
2005	Plano de Ações sobre Medicamentos
2005	Estratégia Regional para conter a infestação do vírus da Dengue nos Países do MERCOSUL (Acordo RMSM-EA 08/05)
2006	Doação e transplante de órgãos (Acordos RMSM-EA 03/06)
2006	Cooperação contra a epidemia de HIV-AIDS

Fonte: Elaboração própria com base em Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006.

II.4 – A VISÃO DOS COORDENADORES NACIONAIS DO SGT 11 SAÚDE E DA RMS SOBRE SAÚDE NO MERCOSUL

Foi realizada entrevista semi-estruturada com os Coordenadores Nacionais da RMS e do SGT 11 Saúde dos 4 Estados Parte fundadores do MERCOSUL. Tais entrevistas objetivaram conhecer a percepção de atores governamentais em temas como: saúde no MERCOSUL, políticas e sistemas de saúde do País e do MERCOSUL e, repercussões da integração no MERCOSUL nas políticas e sistemas de saúde do País (FIOCRUZ, 2007). As entrevistas ocorreram no âmbito da *Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL* conduzida com apoio financeiro do CNPq, em cooperação com CONASEMS e CONASS¹⁸.

¹⁸ A *Pesquisa* foi concluída em 2007 e analisou sobre diversos aspectos, as condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades da linha de fronteira do MERCOSUL e, discutiu as repercussões de processos de integração econômica regional sobre as políticas e os sistemas de serviços de saúde.

Do conjunto das entrevistas com os Coordenadores Nacionais observam-se opiniões convergentes, ao lado de análises relacionadas com as especificidades e prioridades de cada País (FIOCRUZ, 2007). Ainda que todos manifestem a importância e reconheçam avanços nos debates e decisões em saúde no MERCOSUL, indicam desafios pendentes na agenda regional com relação aos serviços de saúde, tanto em aspectos de utilização quanto de incorporação tecnológica, e à liberdade de circulação de pessoas, com referência à garantia da atenção necessitada e do exercício profissional em saúde no MERCOSUL. Destaca-se o consenso de que nas fronteiras a situação é diferenciada demandando ações conjuntas específicas ainda não abordadas.

Os Coordenadores listam temas para inclusão na pauta de discussão da formalização de acordos, entre os quais: sistema de informação, com compensação ou subsídio cruzado (Argentina), revisão de instrumentos jurídicos, questão dos recursos humanos e financeiros e diminuição de assimetrias (Brasil) (FIOCRUZ, 2007). Com relação ao tema de serviços de saúde observa-se a necessidade em “(...) *armonizar criterios que permitan que los servicios de atención a la salud, usando el concepto amplio del término, garantice la mejor calidad y accesibilidad al conjunto entre la población de la región. (...) cambiar la tendencia a lo hospitalario, a la alta tecnología*” (Uruguay) (FIOCRUZ, 2007). A integração é vista como oportunidade para “(...) *fortalecimiento y acceso a los servicios de salud de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, con un cronograma bien específico y delimitado*” (Paraguay) (FIOCRUZ, 2007). Percebe-se uma mútua influência entre temas do MERCOSUL e aqueles da agenda interna dos Estados parte em temas como “(...) *implementación de acuerdos de gestión Nación-Provincias, desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas y implementación de una política de recursos humanos y regulación de tecnologías. (...) se plantea la construcción de seguros públicos, asignación de cápita ajustada sobre riesgo a los agentes del Seguro Nacional de Salud y la idea de construir un Fondo Federal Compensatorio (...) El énfasis está en garantizar esta reciprocidad*” (Argentina) (FIOCRUZ, 2007).

Os desafios indicados pelos Coordenadores Nacionais na discussão regional em saúde auxiliam o entendimento dos resultados do SGT 11 Saúde e da RMS. A lentidão nas decisões pode ser associada à dificuldade em “(...) *compatibilizar sistemas de salud tan diferentes, con diferencias de financiamiento, de normativas jurídicas, cestas de*

prestación de servicios cubiertas por el Estado, así como de la oferta de los prestadores de servicios (...)” (Argentina) (FIOCRUZ, 2007). Existem “*(...) dudas que en un momento dado ni lo tratamos y hay temor de que se trate. Es como un tabú. Es una barrera invisible que muchas veces hace que salud de frontera no avance*” (Paraguay) (FIOCRUZ, 2007). Em alguns temas debatidos, como intercâmbio comercial de produtos farmacêuticos, observa-se o predomínio de parâmetros da política comercial em detrimento dos interesses da saúde. Em síntese, “*(...) tenemos que pensar también en los servicios de primer nivel, lo que está ausente en la discusión. El segundo desafío es el ejercicio profesional, hay que encararlo para poder avanzar. Y como tercer desafío hay que tener claro que el proceso de integración tiene su tiempo y hay que avanzar en experiencias concretas, ya sean binacionales o trinacionales, para decidir lo que se puede hacer y después mostrar*” (Uruguay) (FIOCRUZ, 2007). Outros aspectos de dificuldades são a “*(...) questão das fronteiras e a grande assimetria entre os Estados Partes são os maiores desafios da área de saúde (...)*” (Brasil) (FIOCRUZ, 2007).

Considerando que este capítulo tratou também da institucionalidade do MERCOSUL é válido comentar que os Coordenadores Nacionais informam que cada Estado parte desenvolveu de uma forma própria a área no Ministério da Saúde, responsável pela coordenação das atividades do MERCOSUL (FIOCRUZ, 2007). De modo geral, a coordenação está reservada aos ocupantes de cargos mais elevados hierarquicamente, de modo a garantir um alto nível político de discussão e de acordo. Em seguida, organiza-se pequenas estruturas que se responsabilizam técnica e administrativamente pelas ações correspondentes aos fóruns de saúde no MERCOSUL, a qual mantém relações com as demais áreas da saúde e de outros campos relacionadas aos temas tratados. Ocorre ainda que uma determinada área do Ministério assuma a organização das ações relacionadas com o MERCOSUL no conjunto das atividades que desempenha, com pontos focais em todo o Ministério. É comum buscar a cooperação de organismos de cooperação internacional, como a Organização Pan-Americana da Saúde, que atua na facilitação da contratação de consultores e de estudos. Embora o tema de saúde nas fronteiras e nas relações internacionais seja parte das ações dos Ministérios, disponha de estrutura no organograma dos entes públicos, não é freqüente existir uma política de saúde específica, voltada para o tema, mas há presença de programas ou projetos.

II.5 — CONSIDERAÇÕES SOBRE O SGT 11 SAÚDE E A RMS

A visão do SGT 11 Saúde e da RMS nos aspectos de organização e funcionamento, regulamentação e resultados traz elementos importantes para algumas considerações face ao objetivo de estudar as repercussões de processos de integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde. A criação em 1995 e em 1996 de espaços definidos e exclusivos do MERCOSUL para que os Estados Parte possam harmonizar as legislações e debater a política setorial propicia articulações entre saúde e integração econômica regional, com potencialidades para fortalecer ambos: as políticas e os sistemas nacionais de saúde e o processo de integração. A evolução da tarefa e a extensão da pauta negociadora do SGT 11 Saúde e a incorporação de temáticas relacionadas ao desenvolvimento e vulnerabilidades indicam especialização e aprofundamento do debate e da construção de consenso regional. Tal situação mostra que temas sociais podem ganhar mais relevância no processo de integração econômica regional para além da livre circulação de produtos.

A organização, o funcionamento e os resultados das estruturas de saúde do MERCOSUL —SGT 11 Saúde e RMS— demonstram dois modos de inscrição da saúde na construção da integração econômica regional: técnico e político. A institucionalização da saúde no MERCOSUL mediante a criação de dois espaços —no caso do SGT 11 Saúde são três *Comissões* subdivididas em uma dúzia de unidades de trabalho e no caso da RMS são 11 *Comissões Intergovernamentais*— com características bem particulares de conformação e de vinculação à estrutura decisória do Bloco, resulta importante para a política setorial. As repercussões do processo de integração econômica regional sobre as questões de saúde são complexas e, demandam orientação comum de proteção que permeie todas as estruturas do MERCOSUL. Entretanto, com a discussão da saúde dividida em dois foros que tratam de prioridades políticas é fundamental um trabalho de coordenação no plano institucional entre os trabalhos da RMS e do SGT 11 Saúde. Além da articulação interna necessária com as demais estruturas do MERCOSUL, como por exemplo o *Subgrupo de Trabalho 10 Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social* que trata desde a perspectiva do trabalhador que se desloca temporariamente dentro do Bloco, da portabilidade de garantias sociais de um país ao outro, inclusive de cobertura de ações de saúde.

Com relação ao leque de temas que compõem a pauta dos dois foros de saúde do MERCOSUL, observa-se importante densidade *vis a vis* aproximação ainda limitada em marcos conceituais, processuais, e sem eixo norteador evidente. A sistemática adotada no MERCOSUL para a regulamentação regional, embora distinta entre o SGT 11 Saúde e a RMS, implica em formalidade processual e em expressar a interação entre políticas e sistemas de saúde distintos. Ainda que diferentes, na organização, funcionamento e resultados as duas estruturas pressupõem a construção gradual de consensos. Os temas em debate não se relacionam diretamente com questões de saúde específicas da região e nota-se prevalência de assuntos de pautas de agências internacionais.

A expressão de resultados de consensos alcançados em resoluções do GMC no caso do SGT 11 Saúde exibe diferença importante da quantidade de resoluções entre a *Comissão de Produtos de Saúde* e a *Comissão de Vigilância em Saúde* e *Comissão de Serviços de Atenção em Saúde*. Este painel mostra que prevaleceu à vinculação do debate da saúde à livre circulação de produtos na construção do mercado comum. A *Comissão de Produtos de Saúde* acumula mais tempo de existência, enquanto no campo de atenção à saúde existem maiores assimetrias entre os Estados Parte. Os acordos firmados na RMS tratam de medicamentos, controle do tabaco, controle da Dengue e do HIV-AIDS, saúde sexual e reprodutiva, informação epidemiológica e doação e transplantes.

A *Comissão de Produtos de Saúde* exibe atuação mais efetiva e trabalho de harmonização mais avançado, considerando as resoluções do GMC. Essa Comissão também envolve grande número de temas e unidades de trabalho específicas de acordo com a pauta negociadora, relacionados à circulação de produtos que é a primeira condição para o mercado comum. A *Comissão de Vigilância em Saúde* trabalha como temas de harmonização, medidas de controle de doenças, definição de doenças de notificação compulsória, criação de sistema de informação epidemiológica com definição de conteúdos e fluxos de informações, e vigilância sanitária e epidemiológica em áreas de fronteira. Essa estruturação e delimitação de temas, indica também a prioridade da inclusão da saúde no debate do MERCOSUL para aspectos relacionados à circulação de mercadorias e de pessoas. A *Comissão de Serviços de Atenção à Saúde* tem a pauta mais sucinta e trata apenas da definição de requisitos comuns para a habilitação de serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade

(especialmente os de maior complexidade), visa definir ações de promoção e prevenção em saúde de forma conjunta, e, analisar sistemas de avaliação e monitoramento de serviços de saúde. As subcomissões tratam principalmente de intercâmbio de informações e de harmonização de metodologias, no caso de tecnologias e a de recursos humanos está dedicada ao diagnóstico da situação de profissões prioritárias, identificação de conteúdos de formação e definição de matriz mínima para exercício profissional. Pode se considerar que no SGT 11 Saúde, o trabalho sobre atenção à saúde envolve o reconhecimento mútuo da situação de cada Estado Parte, para a partir daí estabelecer processo de negociação de parâmetros regionais para reconhecimento mútuo.

Vários desafios para a questão da saúde em processos de integração econômica regional podem ser apreendidos com o estudo do SGT 11 Saúde e RMS do MERCOSUL. Com relação à agenda de saúde, um desafio presente é que o debate regional alcance algum tipo de regulamentação ou acordo que signifique ganhos para todos os Estados Parte. Uma decisão regional pode ter peso no sentido de fortalecer decisões nacionais com referência à organização, funcionamento e financiamento de políticas e sistemas nacionais de saúde. A implementação de regulamentação do MERCOSUL ou o cumprimento de acordos tem pesos diferentes para cada um dos Países, que podem, em parte explicar avanços e recuos no processo como um todo. Outro desafio é que cada Estado Parte veja na participação no debate regional oportunidade de cooperação e solidariedade, técnica e política. A presença da saúde na discussão da construção do processo de integração regional como um fator de integração pode ser oportunidade para que as demais discussões do MERCOSUL contribuam para a atenção integral regional com redução de desigualdades. A importância da construção em dois níveis técnico e político, tem o desafio de integrar estes níveis sem gerar sobreposição, hierarquização e/ou duplicidade.

A política de saúde é tema sensível nos debates multilaterais, em parte, por resultar de processos internos de cada sociedade e estar vinculada à cidadania. No MERCOSUL os Estados Parte dispõem de sistemas de saúde diversos nos aspectos organizacionais, de financiamento e de acesso o que por si só torna um desafio a harmonização necessária no processo de integração regional. A análise da institucionalidade da saúde no MERCOSUL realizada permite considerar que assim como

ocorreu em outros processos de integração e construção de mercados comuns, frente ao predomínio do econômico ocorre a priorização para a harmonização na saúde de temas relacionados à circulação de produtos. Para os serviços de saúde o processo é mais incipiente e menos conclusivo que na vigilância epidemiológica, e mais complexo ao envolver a circulação de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguerre MJ, Balbis J, Sarachu JJ. A Sociedade Civil no MERCOSUL. Guia de Atores. In: Aguerre MJ, Balbis J, Sarachu JJ (autores). A Sociedade Civil no MERCOSUL. Centro de Participação Popular, Montevideo, Uruguay, 2002. p.51-78.

ALADI (Asociación Latinoamericana de Integración). Acerca de Aladi – Asociación Latinoamericana de Integración em <http://www.aladi.org/> (acesso em 18 de Janeiro de 2007).

ALBA (Alternativa Bolivariana para a América). Que és ALBA. http://www.alternativabolivariana.org/pdf/alba_mice_es.pdf (acesso em 18 de janeiro de 2007).

Balbis J. O MERCOSUL Institucional. In: Aguerre MJ, Balbis J, Sarachu JJ (autores). A Sociedade Civil no MERCOSUL. Centro de Participação Popular, Montevideo, Uruguay, 2002. p.9-31.

BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Informe MERCOSUL N°.11, novembro de 2006. Departamento de Integração e Programas Regionais, Instituto para a Integração da América Latina e do Caribe – Intal. Argentina. http://www.iadb.org/intal/aplicaciones/uploads/publicaciones/p-Informe_MERCOSUL_11.pdf (acesso em 28 de janeiro de 2007).

Bolis M (organizador). Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington, DC:OPS; 1999.

Brasil. Encontro com o MERCOSUL. Secretaria-Geral da Presidência da Republica, Foro Consultivo Econômico-Social do MERCOSUL, Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL, Ministério das Relações Exteriores e Secretaria de Relações Institucionais. Brasília, DF. 2005, 2 ed.

Brasil, 2006a. MERCOSUL A Saúde no MERCOSUL. Ministério da Saúde. 4ª. Edição revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, DF; 2006.

Brasil, 2006b. Resoluções GMC incorporadas ao Ordenamento Jurídico Nacional nos Estados Partes do MERCOSUL, Oriundas do SGT 11 “Saúde” 9ª. Ministério da Saúde. Edição atualizada, Série E. Legislação de Saúde Gabinete do Ministro, Coordenação Nacional do SGT 11-Saúde/MERCOSUL – Brasil Brasília, DF; 2006.

Brasil, 2006c. Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL RMS (estrutura). Versão 24 de novembro de 2006. Ministério da Saúde. Documento entregue pela Coordenação Nacional do MERCOSUL.

Brasil, 2006d. Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL/SGT 11 “Saúde” (estrutura). Atualizada em 22 de novembro de 2006. Ministério da Saúde 2006d. Documento entregue pela Coordenação Nacional do MERCOSUL.

Brasil, 2006e. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho N °. 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde.

Brasil, 2006f. Comissão de Produtos para a Saúde – A Saúde no MERCOSUL: estágio atual, desafios de integração e perspectivas na área da Comissão de Produtos para Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho N °. 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do

Brasil, 2006g. Comissão de Vigilância em Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho N.º 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. p.:80-83.

Brasil, 2006h. Comissão de Serviços de Atenção à Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho N.º 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. p.:74-79.

Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. p.:69-73.

Brasil, s/dataa. Texto Básico do MERCOSUL desde a sua Criação. MERCOSUL e Integração Regional. Ministério das Relações Exteriores. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/MERCOSUL/MERCOSUL/texto.asp (acesso em 28 de março de 2005).

Brasil, s/datab. MERCOSUL – Mercado Comum do Sul. MERCOSUL e Integração Regional. Ministério das Relações Exteriores. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/MERCOSUL/MERCOSUL/MERCOSUL_02.asp (acesso em 28 de março de 2005).

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Cuentas Nacionales. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2006. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/28063/LCG2332B_2.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

CAN (Comunidad Andina de Naciones). Quiénes somos – Comunidad Andina. <http://www.comunidadandina.org/quienes/can.htm> (acesso em 28 de março de 2005).

CASA (Comunidad Sudamericana de Naciones). Un nuevo modelo de integración de América del Sur. Hacia la Unión Sudamericana de Naciones. Documento final de la Comisión Estratégica de Reflexión. <http://www.cumbresudamericana.bo/armado.htm> (acesso em 18 de dezembro de 2006).

Congresso Nacional. MERCOSUL: legislação e textos básicos. Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL e Ministério das Relações Exteriores. Brasília, DF. 2005, 4 ed.

Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL. Oficina de Trabalho A Saúde no MERCOSUL: estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Apresentações. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006.

Coutinho MJV. Democracia, Desenvolvimento e Regionalismo 3o. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói abril 2002. <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint4.4.rtf> (acesso em 28 de março de 2005).

Draibe SM. MERCOSUL: la tematica social de la integración desde la perspectiva institucional. El Foro Consultivo Económico-Social del MERCOSUL y las dimensiones sociales de la integración. http://www.cefir.org.uy/Pdfs/DT_17.pdf (acesso em 12 de dezembro de 2006).

Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Duran A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea? Revista Gaceta Sanitaria, 2002;16(1):5-17.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas junto aos Coordenadores Nacionais da RMS e do SGT 11 Saúde da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

Fundación Sistema. Anales do V Encuentro de Salamanca. El Rumbo de Europa. Salamanca, 21 al 24 de junio de 2006.

Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M (editors). Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Pontificia Universidad Javeriana, Grupo 9 Salud Internacional, Javegraf, Santa Fe de Bogotá, 1998. p.24-45.

Gudynas E, 2006a. Rumbo a Cochabamba 2006, El camino de la Integración Sudamericana: Una guía de las Cumbres Presidenciales, El proceso de la Comunidad Sudamericana de Naciones. Centro Latino Americano de Ecología Social Desarrollo, Economía, Ecología Equidad –*Claes* –D3e– e Colectivo de Estudios Aplicados al Desarrollo Social –*Ceades*–. Noviembre 2006.
<http://www.comunidadsudamericana.com/analisis/CumbreSudamericanaClaesCeades.pdf> (acesso em 22 de dezembro de 2006).

Gudynas E, 2006b. Comunidad Sudamericana de Naciones. Las cumbres y la búsqueda de un nuevo marco de integración regional. Revista del Sur, 2006; 168(noviembre/diciembre):3-16.
<http://www.integracionsur.com/publicaciones/GudynasCSNRevSur168.pdf> (acesso em 22 de dezembro de 2006).

Gudynas E, 2006c. América del Sur. Los fantasmas de la integración regional. Revista del Sur, 2006:3-25.
<http://www.integracionsur.com/MERCOSUL/GudynasFantasmasIntRegionalRSur166.pdf> (acesso em 22 de dezembro de 2006).

Guimaraes 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):1795-1807.

Lucchese G. Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ; 2001.

Mariano MP, Barreto MI. Questão subnacional e integração regional: o caso do MERCOSUL. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo:Edusc; 2004. p.21-47.

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1991a. Tratado de Asunción. Tratado para a Constituição de um Mercado Comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai.
http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Tratado%20Asunci%F3n_PT.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1991b. Protocolo de Brasília para a Solução de Controvérsias.
<http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/PROTOBRA.pdf> (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Ouro Preto. Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do MERCOSUL.

http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Ouro%20Preto_PT.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Reunião de Ministros da Saúde. Decisão N°. 3/95 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 3/95). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/Dec_003_095_Reunião%20Ministro%20Saúde_At%201_95.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1996a. Criação do Subgrupo de Trabalho N°. 11 “Saúde”. Resolução N°. 151/96 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 151/96). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1996b. Declaración Presidencial sobre Diálogo Político entre los Estados Partes del MERCOSUR. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003670860_CMC_25-06-1996__DECL-DPR_S-N_ES_DialogoPolit.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1996c. Declaración Presidencial sobre Compromiso Democrático en el Mercosur. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003670856_CMC_25-06-1996__DECL-DPR_S-N_ES_CompromDemo.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1996d. Declaración de los Presidentes de los Estados Partes del MERCOSUR y de la Republica de Bolivia y de la Republica de Chile, “Declaración sobre Malvinas”. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003688464_CMC_1996_ACTA01_DECLARACION_ES_Malvinas.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1996e. Diretrizes para a Elaboração e Revisão de Regulamentos Técnicos do MERCOSUL. Resolução N°. 152/96 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 152/96). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96152.pdf (acesso em 25 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Nuevas Pautas Negociadoras del Subgrupo de Trabajo N°.3 Reglamentos Técnicos. Resolução N°. 61/97 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 61/97). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097_.PDF (acesso em 25 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1998a. Protocolo de Ushuaia sobre Compromiso Democrático no MERCOSUL, Bolívia e Chile. http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/1998_PROTOCOLO%20DE%20USHUAIA-Compromiso%20democr%20Eltico_port.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1998b. Declaração Sociolaboral do MERCOSUL. <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/sociolaboralPT.pdf> (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1998c. Declaración Política del Mercosur, Bolivia y Chile como Zona de Paz. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003671360_CMC_24-07-1998__DECL-DEA_S-N_ES_ZonaPaz.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1998d. Pauta Negociadora do SGT N°11. Resolução 61/97 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 61/97). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097_.PDF (acesso em 25 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración sobre Malvinas. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003688544_CMC_1999_ACTA01_DECLARACION_ES_Malvinas.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaração Presidencial dos Direitos Fundamentais dos Consumidores do MERCOSUL. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003672406_CMC_15-12-2000__DECL-DPR_S-N_PT_DerechosConsum.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Pauta Negociadora do SGT N°11 Saúde (Revogação da Resolução GMC N°4/98). Resolução 21/01 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 21/01). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097_.PDF (acesso em 25 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Olivos para a Solução de Controvérsias no MERCOSUL. http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Protocolo%20Olivos_PT.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Programa de Trabalho do MERCOSUL 2004-2006. Decisão N°. 26/03 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 26/03). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/Dec_026_003_Prog%20Trab%20Merc%202004-2006_At_02_03.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2004a. Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL. Decisão N°. 41/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 41/04). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/CMC_DEC_2004-041_FERR_PT_Foro%20Consult%20Municipios.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2004b. Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL (FEM). Decisão N°. 33/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 33/04). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_033_04_Fundo%20Setor%20Educat_02_04.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2004c. Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL. Decisão N°. 45/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 45/04).

- http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_045_04_Fundo%20Estructural_Atata_02_04.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).
- MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2005a. Regulamento do Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL. Decisão N°. 24/05 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 24/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_024_005_FERR_ANEXO_Regulamento%20do%20FOCEM_PT.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).
- MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2005b. Pauta Negociadora do SGT N°. 11 “Saúde” (Revogação da Resolução GMC N°. 21/01). Resolução N°. 06/05 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL /GMC/Res N°. 06/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).
- MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2005c. Cartilha do Cidadão do MERCOSUL. Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL. Montevideo, 2005.
- MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao MERCOSUL. <http://www.mercosur.int/msweb/contenidos/pt/infoDestaque.asp> (acesso em 6 de abril de 2007).
- MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2007a. Estrutura Institucional do MERCOSUL. <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/pt/mercosul/estrutura.html> (acesso em 6 de abril de 2007).
- MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2007b. Iª. Cúpula Social do MERCOSUL, 2006. Declaração Final. http://www.cut.org.br/publique/media/Declara%20oFinal_logo_211206_.pdf (acesso em 6 de abril de 2007).
- Morata, F. Gobernanza multinivel en la Unión Europea. VII Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 octubre de 2002. <http://www.clad.org.ve/fulltext/0044413.pdf> (acesso em 6 de abril de 2007).
- Oliveros RL. Lo social en el proceso andino de integración. In: La Dimensión Social de la Integración Regional. Centro de Formación para la Integración Regional, Montevideo, DT 11/1995:54-63.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud) s/dataa. Argentina. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_032.htm (acesso em 26 de abril de 2007).
- OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/datab. Brasil. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_076.htm (acesso em 26 de abril de 2007).
- OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/datac. Paraguay. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm (acesso em 26 de abril de 2007).
- OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/datad. Uruguay. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_858.htm (acesso em 26 de abril de 2007).
- Paton C, Berman PC, Busse R, Ong BN, Rehnberg C, Renck B, Nora Avilés NR, Silio Villamil F, Sundh M, Wismar M. The Europe union and health services: summary. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 1-13.

Podesta B. Seis comentarios sobre la cuestión social. La Dimensión Social de la Integración Regional. Centro de Formación para la Integración Regional, Montevideo, DT 11/1995:47-53.

Porto MCL, Flores Júnior RG, 2006a. Acordos preferenciais e de integração na América Latina: uma visão geral. In Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:278-287.

Porto MCL, Flores Júnior RG, 2006b. O Protocolo de Ouro Preto e os principais protocolos subsequentes. In Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:297-301.

Porto MCL, Flores Júnior RG, 2006c. O quadro atual: de globalização e blocos regionais. In Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:11-19.

Secretaria do MERCOSUL, 2006a. Estructura Institucional del MERCOSUL (Vigente). Data de 7 de septiembre de 2006. Documento entregue em novembro de 2006.

Secretaria do MERCOSUL, 2006b. Estructura Institucional del MERCOSUL. Septiembre de 2006. Documento entregue em novembro de 2006.

Secretaria do MERCOSUL, 2006c. Comunicação Pessoal, Técnicos da Secretaria Administrativa do MERCOSUL. Sede do MERCOSUL, Montevideo, Uruguay, novembro de 2006.

Sennes RU. Países intermediários e fóruns multilaterais: algumas considerações. 3o. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói abril 2002. <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint5.1.doc> (acessado em 28 de março de 2005).

Simionatto I, Nogueira VMR, Gomez MB. Aspectos Legais do Direito à Saúde In: Simionatto I e Nogueira VMR, organizadoras. Dilemas do MERCOSUL: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lago Editora; 2004. p.81-94.

Sosa AJ. Negociaciones MERCOSUR-UE Buenos Aires, AmerSur, junho de 2004. <http://www.amersur.org.ar/PolInt/NegociacionUE.htm> (acessado em 28 de março de 2005).

Stuart AM. Regionalismo e democracia; o papel do Comitê das Regiões na União Européia 3o. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói abril 2002 disponível em <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint3.4.doc> (acessado e, 28 de março de 2005).

UNDP (United Nations Development Programme), 2006. Human Development Report, 2006. Human Development Index. <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/documents/hdi2004.pdf> (acesso em 6 de abril de 2007).

Wismar M, Busse R, Berman P. The Europe Union and Health Services–The Context. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). 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, Paton C, Silió Villamil F, Romo Avilés N, Prieto Rodríguez MA, Sundh M, Renck Barbro. Transposition of European Directives into National Legislation. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press; 2002:49-59.

WHO (World Health Organization). World Health Statistics 2006. <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf> (acesso em 6 de abril de 2007).

CAPÍTULO 5

MUNICÍPIOS BRASILEIROS FRONTEIRIÇOS E MERCOSUL: CARACTERÍSTICAS E INICIATIVAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE¹⁹

Luisa Guimarães

Lígia Giovanella

BORDERING BRAZILIAN CITIES AND MERCOSUL: CHARACTERISTICS AND INICIATIVES OF COOPERATION IN HEALTH

ABSTRACT

The objective article to propitiate analysis, since the perspective of bordering Brazilian cities and to the light of initiatives of cooperation in development in the border, repercussions of the regional economic integration in the health systems, considering that the borders are local privileged to observe such effect, where are perceived with anticipation and daily. It presents part of results of research, concluded in 2007 with the support of the CNPq, on access and demand for services of health in these localities. It revises bibliography on integration and MERCOSUL, presents characterization selected in data bases of geographic, demographic aspects and of the net of services of these cities, and describes resulted of studies and two initiatives of cooperation in health in the borders. It is argued as the characteristics of bordering cities and the studied initiatives can arrive in port to the formularization of regional strategies for the integral and humanized access to the health in the MERCOSUL. Bordering brazilian cities are, in general, small, with predominantly of primary attention, offer hospital compatible with the national, but not homogeneous average. Cooperative initiatives of health between bordering cities of countries of the MERCOSUL blunt as innovative spaces for the planning and development of joint actions, arriving in port to the reflection of as the economic integration can add it the health for the reduction of inequalities in the border.

Bordering Cities, MERCOSUL, Health in the Border; Regional Integration

¹⁹ Publicado na Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p.248-257, set/dez, 2007.

INTRODUÇÃO

O artigo é parte de estudos desenvolvidos no Programa Doutorado em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz/MS) sobre repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde. Aqui se trata especificamente da situação de municípios brasileiros fronteiriços do MERCOSUL, nos segmentos com a Argentina, Paraguai e Uruguai, locais privilegiados para observar e analisar impactos da integração econômica regional, considerando que os efeitos dessa são percebidos com antecipação e cotidianamente.

Processos de integração se intensificaram com a globalização e lentamente uma agenda social vem sendo construída *pari passu* à regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital (Guimarães e Giovanella 2006). A integração ocasiona nas fronteiras aumento de fluxos, gerando tensões e desafios diversos para os sistemas locais de saúde. Refletir sobre a situação de municípios fronteiriços, assim como observar iniciativas de cooperação, contribui no MERCOSUL para análises específicas de repercussões da integração nos sistemas de saúde, e pode influir na pauta de acordos e programas voltados para regiões fronteiriças, apoiar esforços de garantia de atenção integral e humanizada e, para o fortalecimento das políticas nacionais de saúde.

O artigo objetiva propiciar análise do processo de integração como contexto, as características de municípios fronteiriços como desafios e as iniciativas de cooperação fronteiriça como potencialidades e discute como a integração regional pode somar-se à saúde para a redução de desigualdades na fronteira. Para tanto, revisa bibliografia sobre integração e conformação do MERCOSUL e apresenta caracterização selecionada em bancos de dados nacionais de aspectos geográficos, demográficos e da rede de saúde de municípios brasileiros fronteiriços. Destaca os resultados de estudo na tríplice fronteira e registra duas iniciativas de cooperação em saúde nas fronteiras, a partir de observação participante e informes. Nas considerações finais discute perspectivas de saúde integral e humanizada na fronteira, face ao avanço da integração econômica no MERCOSUL. Versão preliminar deste artigo foi apresentada no X Congresso Internacional do Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento sobre Reforma do Estado e da Administração Pública (Guimarães e Giovanella 2005).

A linha de fronteira do MERCOSUL conforma-se de 69 municípios brasileiros,

distribuídos nos limites com Argentina, Paraguai e Uruguai. Nesse artigo é apresentada parte de resultados de pesquisa, concluída em 2007 com o apoio do CNPq, sobre acesso e demanda por serviços de saúde nestas localidades (Fiocruz, 2007). A fronteira com a Argentina tem o maior número de municípios (36), a maioria com menos de 10 mil habitantes (24) e no trecho correspondente ao Paraná o maior número de leitos por habitantes (3,5). A fronteira com o Paraguai é a mais extensa (37%), predomina municípios de médio porte (16%), reside a maior parte da população fronteiriça do MERCOSUL (43%), existe o maior número de hospitais (49%) e o menor número de leitos por habitantes: 2,3 no Mato Grosso do Sul e 2,6 no Paraná. A fronteira com o Uruguai é um terço seca, tem o menor número de municípios do MERCOSUL (11) dos quais 6 são cidades-gêmeas, tem a menor população fronteiriça residente (25%), o segundo maior número de leitos hospitalares por habitantes (3,3) e de municípios sem cobertura de saúde da família (7). Em resposta aos desafios locais, surgem iniciativas cooperativas entre cidades fronteiriças de países do MERCOSUL para o planejamento e execução de atividades em saúde que configuram espaços de ação conjunta para a melhoria do acesso integral e humanizado à saúde.

INTEGRAÇÃO ECONÔMICA E CONSTITUIÇÃO DO MERCOSUL

O estabelecimento de relações econômicas privilegiadas tem cada vez maior relevância política e sócio-econômica (OMS/OMC 2002; Bolis 2000). Os países elegem o grau da integração que pretendem assumir (Basso 1998; Altvater e Mahnkopf 1996). A inclusão de temas sociais na agenda regional é tardia, contudo, ajustes para implementar os acordos econômicos repercutem nas políticas de saúde de modo intencional e não-intencional (Busse, Wismar e Berman 2002; Leidl 1998).

A integração européia busca reforçar os objetivos dos sistemas de proteção social de combinar solidariedade com sustentabilidade, de introduzir incentivos de mercado mantendo o papel do Estado e de adotar inovações na organização e oferta de serviços (Guimarães e Giovanella 2006; Figueras, Musgrove, Carrin, Duran 2002). Fundado em 1991 por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai o MERCOSUL objetiva a constituição gradual de mercado comum com livre circulação de bens, serviços, pessoas e capitais, como no caso europeu (Ventura 2003; Basso 1998). Cinco países são Estados Associados do Mercosul: Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru. A Venezuela passou

em 2006 à categoria de Estado Parte (Brasil s/data a; Brasil s/data b).

No final do ano de 2006, foi aprovada na Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL Proposta de Projeto de Cooperação Técnica Internacional. O objetivo geral dessa é *identificar estrategias para la intervención en salud de fronteras, por medio del análisis, desarrollo de experiencias y sistematización de las mismas, de manera de contribuir el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud integrando acciones de salud de las Fronteras de los Estados Partes del MERCOSUR*. Ao afirmar a tese de que se (...) *considera que la salud es un factor favorecedor de la integración regional y que acciones concretas en fronteras contribuirán a ese propósito general* os Países destacam a importância das correlações entre integração econômica regional e saúde (Uruguay s/data).

ESPECIFICIDADES DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO MERCOSUL

Movimentos de integração tendem a aumentar fluxos, primeiro e com maior intensidade, nas cidades fronteiriças, onde mais que diferenças de língua e cultura, dá-se convivência cotidiana entre sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social distintos, geradores de tensões e contradições entre as realidades local e regional e o conjunto de instituições, normas e práticas dos países (Barcellos et. al., 2001; Bolis, 1999; Ciccolella, 1994). As bordas dos países —os limites— são territórios dinâmicos que constituem unidades com trocas espacial, demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural específicas (Barcellos et. al., 2001). Nas fronteiras as identidades nacionais são diluídas e na saúde impõem a realização articulada de atividades de negociação e de identificação e uso de recursos para alcançar efetividade e adequada provisão de ações face às particularidades mantidas pela barreira de fronteira e as diferenças normativas e de direitos. Características locais configuram segmentos definidos da fronteira (Barcellos, Peiter, Rojas, Matida 2001).

As paisagens da fronteira brasileira com o MERCOSUL conformam territórios variados que ora aproximam e ora afastam as populações fronteiriças e criam interações e dinâmicas diversas (Brasil 2005). A fronteira com a Argentina é de 1.263km dos quais 2% é seco, com o Paraguai é 1.339km dos quais 31% é seco e com o Uruguai é de 1.003km dos quais 30% é seco (FIOCRUZ 2007). A fronteira brasileira com MERCOSUL totaliza 3.605km e representa cerca de um quinto da fronteira continental do País. Nos

municípios fronteiriços residem 0,82% da população total brasileira, a maior parte na fronteira com o Paraguai (43%) e 55% das cidades têm até 10 mil habitantes (ver Tabela 1). É território que devido ao dinamismo têm importância significativa no processo de integração (Brasil 2005). Foz do Iguaçu, no Paraná, com cerca de 300 mil habitantes é a mais populosa de toda fronteira brasileira e apenas dois municípios brasileiros fronteiriços têm mais de cem mil habitantes, ambos no Rio Grande do Sul: Bagé (cerca de 120 mil) e Uruguaiana (cerca de 130 mil). Onze municípios fronteiriços do Mercosul estão entre aqueles com maiores taxas médias de homicídios na população total (Waiselfisz 2007).

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS FRONTEIRIÇOS COM ARGENTINA, PARAGUAI E URUGUAI, 2005.

Informações	Países de Fronteira						Total n = 69	
	Argentina n = 36		Paraguai n = 22		Uruguai n = 11			
	N	%	N	%	N	%	N	%
N. de Municípios ⁽¹⁾	36	52,2	22	31,9	11	15,9	69	100
Rio Grande do Sul	18	26,1	-	-	11	15,9	29	42,0
Santa Catarina	10	14,5	-	-	-	-	10	14,5
Paraná	8	11,6	11	15,9	-	-	19	27,5
Mato Grosso do Sul	-	-	11	15,9	-	-	11	15,9
População ⁽¹⁾								
Total residente	480.304	32,4	632.544	42,7	369.616	24,9	1.482.464	100
Rio Grande do Sul	329.264	22,2	-	-	369.616	24,9	698.880	47,1
Santa Catarina	70.787	4,8	-	-	-	-	70.787	4,8
Paraná	80.253	5,4	455.930	30,8	-	-	536.183	36,2
Mato Grosso do Sul	-	-	176.614	11,9	-	-	176.614	11,9
Total urbana	318.868	66,4	536.820	84,9	319.748	86,5	319.748	79,3
Rio Grande do Sul	250.979	76,3	-	-	319.748	86,5	570.727	81,7
Santa Catarina	29.811	42,1	-	-	-	-	29.811	42,1
Paraná	38.079	47,4	399.351	87,6	-	-	437.430	81,6
Mato Grosso do Sul	-	-	137.469	77,8	-	-	137.469	77,8
Porte populacional ⁽¹⁾								
0 a 10 mil habitantes	24	34,8	9	13,0	5	7,2	38	55,1
Rio Grande do Sul	13	18,8	-	-	5	7,2	18	26,1
Santa Catarina	6	8,7	-	-	-	-	6	8,7
Paraná	5	7,2	4	5,8	-	-	9	13,0
Mato Grosso do Sul	-	-	5	7,2	-	-	5	7,2
10.001 a 50 mil hab	10	14,5	11	15,9	4	5,8	25	36,2
Rio Grande do Sul	3	4,3	-	-	4	5,8	7	10,1
Santa Catarina	4	5,8	-	-	-	-	4	5,8
Paraná	3	4,3	6	8,7	-	-	9	13,0
Mato Grosso do Sul	-	-	5	7,2	-	-	5	7,2
Acima de 50.001 de mil hab	2	2,9	2	2,9	2	2,9	6	8,7
Rio Grande do Sul	2	2,9	-	-	2	2,9	4	5,8
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraná	-	-	1	1,4	-	-	1	1,4
Mato Grosso do Sul	-	-	1	1,4	-	-	1	1,4
IDH ⁽²⁾								
0,510 a 0,800	29	42,0	18	26,1	9	13,0	56	81,2
Rio Grande do Sul	16	23,2	-	-	9	13,0	25	36,2
Santa Catarina	7	10,1	-	-	-	-	7	10,1
Paraná	6	8,7	7	10,1	-	-	13	18,8
Mato Grosso do Sul	-	-	11	15,9	-	-	11	15,9
Acima de 0,800	7	10,1	4	5,8	2	2,9	13	18,8
Rio Grande do Sul	2	2,9	-	-	2	2,9	4	5,8
Santa Catarina	3	4,3	-	-	-	-	3	4,3
Paraná	2	2,9	4	5,8	-	-	6	8,7
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	-	-	-	-
Cidades-Gêmeas ⁽³⁾	6	30	8	40	6	30	20	100
Rio Grande do Sul	4	20	-	-	6	30	10	50
Santa Catarina	1	5	-	-	-	-	1	5
Paraná	1	5	2	10	-	-	3	15
Mato Grosso do Sul	-	-	6	30	-	-	6	30

Fonte: Elaboração própria com base em Relatório Consolidado da Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira (FIOCRUZ 2007). (1) Contagem populacional para os anos intercensitários - IBGE - 2004. (2) Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil - Atlas do

Da rede de serviços públicos de saúde na linha de fronteira do MERCOSUL constam 70 estabelecimentos hospitalares, dos quais apenas 9 são de natureza pública e os demais são contratados (FIOCRUZ, 2007). Quase metade dos hospitais (49%) localiza-se na fronteira com o Paraguai, concentrados junto ao Paraná (ver Tabela 2). Na fronteira do MERCOSUL a oferta de leitos na rede pública é de 2,9 leitos por mil habitantes, entretanto, esta varia de 2,3 no segmento de Mato Grosso do Sul com o Paraguai até 3,5/1000 habitantes no trecho Paraná com a Argentina. A estratégia de saúde da família está implantada em mais da metade dos municípios fronteiriços com coberturas entre 81 a 100% da população. Os municípios fronteiriços são, portanto, dependentes, para a garantia da integralidade da atenção, de serviços especializados e de referência localizados em outros municípios.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS FRONTEIRIÇOS COM ARGENTINA, PARAGUAI E URUGUAI, 2005.

Informações	Países de Fronteira						Total	
	Argentina n = 36		Paraguai n = 22		Uruguai N = 11		n = 69	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rede hospitalar ⁽¹⁾								
Hospitais	25	35,7	34	48,6	11	15,7	70	100
Rio Grande do Sul	13	18,6	-	-	11	15,7	24	34,3
Santa Catarina	5	7,1	-	-	-	-	5	7,1
Paraná	7	10,0	21	30,0	-	-	28	40,0
Mato Grosso do Sul	-	-	13	18,6	-	-	13	18,6
Leitos	1.468	34,2	1.613	37,6	1.210	28,2	4.291	100
Rio Grande do Sul	952	22,2	-	-	1.210	28,2	2.162	50,4
Santa Catarina	237	5,5	-	-	-	-	237	5,5

Paraná	279	6,5	1.200	28,0	-	-	1.479	34,5
Mato Grosso do Sul	-	-	413	9,6	-	-	413	9,6
Leitos por mil hab	3,1	-	2,6	-	3,3	-	2,9	-
Rio Grande do Sul	2,9	-	-	-	3,3	-	3,1	-
Santa Catarina	3,3	-	-	-	-	-	3,3	-
Paraná	3,5	-	2,6	-	-	-	2,8	-
Mato Grosso do Sul	-	-	2,3	-	-	-	2,3	-
Cob Saúde da Família ⁽²⁾								
0% de pop coberta	4	5,8	3	4,3	7	10,1	14	20,3
Rio Grande do Sul	4	5,8	-	-	7	10,1	11	15,9
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraná	-	-	2	2,9	-	-	2	2,9
Mato Grosso do Sul	-	-	1	1,4	-	-	1	1,4
1 a 50% de pop coberta	4	5,8	6	8,7	2	2,9	12	17,4
Rio Grande do Sul	3	4,3	-	-	2	2,9	5	7,2
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraná	1	1,4	3	4,3	-	-	4	5,8
Mato Grosso do Sul	-	-	3	4,3	-	-	3	4,3
51 a 80% de pop coberta	2	2,9	5	7,2	-	-	7	10,1
Rio Grande do Sul	1	1,4	-	-	-	-	1	1,4
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraná	1	1,4	1	1,4	-	-	2	2,9
Mato Grosso do Sul	-	-	4	5,8	-	-	4	5,8
Acima de 80% da pop	16	23,2	8	11,6	2	2,9	36	52,2
Rio Grande do Sul	10	14,5	-	-	2	2,9	12	17,4
Santa Catarina	10	14,5	-	-	-	-	10	14,5
Paraná	6	8,7	5	7,2	-	-	11	15,9
Mato Grosso do Sul	-	-	3	4,3	-	-	3	4,3

Fonte: Elaboração própria com base nas informações do Relatório Consolidado da Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira (FIOCRUZ 2007). (1) NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. (2) Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/ Ministério da Saúde – dados de dezembro de 2005.

ESTUDOS E EXPERIÊNCIAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL

A análise da rede de serviços de saúde na tríplice fronteira —Puerto Iguazú/Argentina, Foz de Iguazú/Brasil e Ciudad del Este/Paraguai— traça detalhado perfil epidemiológico, populacional, de recursos (humanos, infra-estrutura, equipamentos, financeiros), modelos estrutural e funcional da rede de serviços de saúde (Opas/OMS, 2002). Os indicadores de saúde refletem iniquidades socioeconômicas, semelhanças no perfil epidemiológico, diversidades no perfil da rede, nos recursos disponíveis e no

modelo de atenção e déficits na troca de informações. A maior parte dos atendimentos derivados a outro país é espontânea e não formalizada. As propostas apontam para estratégias locais e regionais de cooperação e articulação entre redes assistenciais, capacitação e intercâmbio de informações em conformidade com as políticas e os sistemas de saúde de cada país. Destaca-se a importância de um marco político para ações regionais e locais com prioridades sanitárias, coberturas programáticas e mecanismos de financiamento considerando a situação de fronteira (Opas/OMS 2002).

Na paisagem da fronteira, iniciativas de cooperação em saúde entre governos mostram-se como observatórios de repercussões da integração. Uma destas iniciativas é o Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu —GT Itaipu Saúde—, criado em 2003, pela Empresa Pública Itaipu Binacional é integrado por representantes dos governos locais, regionais e nacionais da saúde do Brasil e do Paraguai e tem caráter consultivo. Com atuação na área de influência do Lago de Itaipu articula ações de saúde entre 28 municípios brasileiros e 31 paraguaios que totalizam cerca de um milhão e meio de habitantes. O objetivo do GT Itaipu Saúde é melhorar, com apoio da Empresa, a qualidade das ações de saúde na fronteira mediante planejamento e execução de atividades conjuntas prioritárias das políticas nacionais de saúde, com atenção para especificidades regionais. Diagnóstico realizado pelo GT identificou os principais problemas na fronteira: informação, atenção primária e de média complexidade, cultura participativa, articulação interinstitucional e recursos humanos. Elaborou-se plano de ação a ser empreendido cooperativa e conjuntamente abordando sistemas e serviços, vigilância, informação, educação permanente e saúde indígena.

Outra iniciativa de cooperação é o Comitê Binacional de Saúde Sant’Ana do Livramento e Rivera, cidades-gêmeas do segmento Rio Grande do Sul e Uruguai que somam cerca de 200 mil habitantes (Navarrete 2006). O Comitê de Saúde foi conformado a partir do Primeiro Encontro Binacional de Fronteiras Brasil-Uruguai realizado em 2005 e organizado pelo Conselho de Saúde de Sant’Ana do Livramento. O debate entre as duas localidades sobre questões de saúde concentrou-se em temas de atenção à saúde, vigilância, direitos sexuais e reprodutivos. O Comitê atua como organismo de controle social e de fomento de atividades conjuntas nas políticas públicas em ambas as Cidades, integrado por representantes de diferentes segmentos

institucionais e da sociedade civil organizada.

Ambas as iniciativas configuram espaços de debate e planejamento de atividades reconhecendo as diversidades entre sistemas sanitários de saúde e a integração regional que ao incrementar os intercâmbios e fluxos impõe na saúde a articulação de estratégias para a efetivação de programas e políticas públicas nacionais. São espaços que vão se afirmando frente ao desafio comum de implantar prioridades nacionais no território de fronteiras. Tais iniciativas têm promovido participação e debate com atores locais sobre o processo de integração regional e as problemáticas da saúde na fronteira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde de cidades fronteiriças do MERCOSUL ainda estão insuficientemente descritas, para implicar atores na busca de soluções objetivas nos debates regionais. Falta detalhar de cada lado da fronteira implicações organizacionais e financeiras, demandas e atenção prestada, instrumentos para a garantia do direito à saúde na rede assistencial para não residentes, e tratar da participação dos governos locais nas relações bi e multilaterais. Estes fatores combinados têm correspondência na compreensão do problema e na formulação de alternativas, as quais podem tender para aspectos financeiros ou distanciar pautas regionais do cotidiano da fronteira.

As garantias de saúde são importantes em processos de integração econômica, como demonstra a União Européia. No MERCOSUL a inclusão de temas sociais no debate regional vem se consolidando. Frente ao perfil dos municípios fronteiriços brasileiros e à luz de estudo e iniciativas de cooperação fronteiriça em saúde aqui apresentados é possível afirmar que no MERCOSUL é fundamental permear o debate político da integração com as repercussões nos sistemas e serviços de saúde, de modo que avanços daquela não impliquem em acentuar desigualdades na saúde. As iniciativas do GT Itaipu Saúde e do Comitê de Saúde de Sant'Ana do Livramento e Rivera revelam que temas cotidianos de comunidades e de serviços de saúde fronteiriços devem se incorporar à agenda e às estratégias local, regional e multilateral da integração.

As características gerais e da rede dos municípios brasileiros fronteiriços do MERCOSUL apresentadas, ainda que não exaustivas, ilustram as múltiplas faces da fronteira que compõem segmentos não uniformes. Na perspectiva interna do Brasil, os

segmentos fronteiriços são diferenciados entre os Estados federados, exibindo contrastes dentro de um mesmo Estado, como é o caso do Rio Grande do Sul e do Paraná. A oferta de serviços e as coberturas apresentadas exibem perfil desigual e heterogêneo, em parte influenciado por aspectos estruturais, prioridades e critérios de distribuição de recursos.

Embora seja prematuro traçar perfil definitivo de repercussões da integração econômica regional sobre as políticas e serviços de saúde de municípios fronteiriços e sejam necessários estudos sobre modelo de atenção, sistemática de organização e de acesso nas políticas de saúde de cada Estado Parte, sabe-se que estes condicionam padrões da busca por serviços na cidade vizinha de fronteira. Cidades fronteiriças têm concretizado a articulação local, ainda com autonomias diferenciadas e graus variados de dependência das instâncias nacionais. A descentralização do sistema de governo brasileiro leva municípios a acumularem responsabilidades e autonomias significativas na gestão da saúde.

Projetar avanços do MERCOSUL desde a perspectiva e experiências de cidades fronteiriças evidencia que a convivência com a diversidade, ao lado da construção da integração, abre caminho para iniciativas cooperativas locais. As duas iniciativas aqui apresentadas oferecem elementos para a formulação de estratégias para fronteiras no MERCOSUL, entre os quais: monitoramento de condições de saúde, intercâmbio de informações, aproximação entre práticas sanitárias, oferta de capacitação conjunta, criação de condições de apoio mútuo. As experiências indicam a importância de fortalecimento de mecanismos jurídicos internacionais para a atuação articulada e cooperativa em saúde na fronteira.

Iniciativas fronteiriças demonstram que acordos bilaterais em saúde podem ser considerados etapas preparatórias para os entendimentos multilaterais e que dispor de recursos financeiros e estratégicos para o planejamento conjunto na fronteira incentiva a cooperação e solidariedade. Além de fortalecer os entes locais na gestão dos sistemas de saúde, apóia programas e contrapõe mecanismos informais. Os valores de universalidade, integralidade, equidade, e participação social podem ser fortalecidos com um modelo de integração econômica regional que se some à saúde na busca de reduzir desigualdades, com participação social.

RESUMO

O artigo objetiva propiciar análise, desde a perspectiva de municípios brasileiros fronteiriços e à luz de iniciativas de cooperação em desenvolvimento na fronteira, de repercussões da integração econômica regional nos sistemas de saúde, considerando que as fronteiras são locais privilegiados para observar tais efeitos, onde são percebidos com antecipação e cotidianamente. Apresenta parte de resultados de pesquisa, concluída em 2007 com o apoio do CNPQ, sobre acesso e demanda por serviços de saúde nestas localidades. Revisa bibliografia sobre integração e MERCOSUL, apresenta caracterização selecionada em bancos de dados de aspectos geográficos, demográficos e da rede de serviços destes municípios, e descreve resultados de estudos e de duas iniciativas de cooperação em saúde nas fronteiras. Discute-se como as características de municípios fronteiriços e as iniciativas estudadas podem aportar à formulação de estratégias regionais para o acesso integral e humanizado à saúde no MERCOSUL. Municípios brasileiros fronteiriços são, em geral, de pequeno porte, com rede predominantemente de atenção primária, oferta hospitalar compatível com a média nacional, mas não homogênea. Iniciativas cooperativas de saúde entre cidades fronteiriças de países do MERCOSUL despontam como espaços inovadores para o planejamento e desenvolvimento de ações conjuntas, aportando à reflexão de como a integração econômica pode somar-se à saúde para a redução de desigualdades na fronteira.

Municípios Fronteiriços, MERCOSUL, Saúde na Fronteira, Integração Regional

CORRESPONDÊNCIA

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil, 4.036, sala 1.001, Rio de Janeiro, RJ, 21040-361, Brasil, luisa.guimaraes@solar.com.br.

COLABORADORES

L. Guimarães e L. Giovanella compartilham a autoria do artigo na concepção, estrutura, busca de fontes de referência e análise para a construção do texto, e na aprovação final para a publicação. L. Guimarães preparou a primeira versão do texto que foi revisada e elaborada conjuntamente pelas duas autoras em seguida.

AGRADECIMENTOS

L. Guimarães é bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTVATER E, MAHNKOPF B. Grenzen der Globalisierung. Münster:Verlag Westfälisches Dampfboot, 1996.

BARCELLOS C, PEITER P, ROJAS LI, MATIDA A. A Geografia da AIDS nas Fronteiras do Brasil Trabalho realizado para o Diagnóstico Estratégico da Situação da Aids e das DST nas Fronteiras do Brasil. Convênio Ministério da Saúde/CN DST/Aids; Population Council e USAID. Campinas, 2001. <http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm> (acesso em 28 de março de 2005).

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.

BOLIS M, editor. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.

BRASIL, 2005. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Ministério da Integração Regional. Brasília, DF, 2005.

BRASIL, 2006. Mercosul A Saúde no Mercosul. Ministério da Saúde. 4ª. Edição revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, DF; 2006.

BRASIL, s/data a. Texto Básico do Mercosul desde a sua Criação. Mercosul e Integração Regional. Ministério das Relações Exteriores. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/mercosul/mercosul/texto.asp (acesso em 28 de março de 2005).

BRASIL, s/data b. Mercosul – Mercado Comum do Sul. Mercosul e Integração Regional. Ministério das Relações Exteriores. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/mercosul/mercosul/mercosul_02.asp (acesso em 28 de março de 2005).

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.

CICCOLELLA PJ O capitalismo histórico: entre o protecionismo e a integração em blocos econômicos. In: Lavinás L, Carleial LMdaF, Nabuco MR (organizadoras) Integração, Região e Regionalismo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994:43-53.

FIGUERAS J, MUSGROVE P, CARRIN G, DURAN A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea? Revista Gaceta Sanitaria, 2002; 16(1):5-17.

GUIMARAES L, GIOVANELLA L. Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistema de saúde de cidades fronteiriças. X Congreso Internacional del Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 de outubro de 2005. <http://www.clad.ve/fulltext/0052621.pdf> acesso em janeiro de 2007.

GUIMARAES 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):1795-1807.

LEIDL R, editor. *Health care and its financing in the single european market*. Amsterdam, Holanda: IOS Press; 1998.

LUCCHESI G. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro:Ensp/Fiocruz; 2001.

Mercosul, 2005. Pauta Negociadora do SGT N°. 11 “Saúde” (Revogação da Resolução GMC N°. 21/01). Resolução N°. 06/05 do Grupo do Mercado Comum (Mercosul /GMC/Res N°. 06/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF (acesso em 6 de abril de 2007).

NAVARRETE M. *Región Fronteiriza Uruguayo-Brasileira – laboratório social para la integración regional: cooperación e integración transfronteriza*. Diploma en Estudios Internacionales e Integración, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica, Montevideo: 2006. Mimeo.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul*, Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Inquérito com secretários municipais de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

OMS/OMC. *Les Accords de L'OMC et la Santé Publique: étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Organisation Mondiale de la Sante et Organisation Mondiale du Commerce. Geneve, 2002.

OPAS/OMS. *Informe de la Trifrontera – estudio de red fronteriza Brasil-Argentina-Paraguay, 2001 e 2002*. Representações da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2002.

URUGUAY, s/data. *Asunto: Propuesta de Proyecto de Cooperación Técnica Internacional BPB Subregional de OPS Titulo: Salud y Frontera*. Ministerio de Salud Pública, Unidad Técnica Mercosur Salud. Documento entregue pela Coordenação do Mercosul. Mimeo.

VENTURA DFL. *As assimetrias entre o Mercosul e a União Europeia: os desafios de uma associação inter-regional*. Introdução. Barueri,SP:Editora Manole,2003.

WAISELFISZ JJ. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros*. Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília, 2007.

CAPÍTULO 6

CIDADES-GÊMEAS DO MERCOSUL: INTEGRAÇÃO REGIONAL E SAÚDE²⁰

Luisa Guimarães

Ligia Giovanella

Lenaura Lobato²¹

Vera Nogueira²²

INTRODUÇÃO

O texto apresenta resultados de investigação que explora de que modo nas cidades-gêmeas da fronteira do MERCOSUL ocorrem interações entre sistemas e serviços de saúde, considerando os fluxos e as dinâmicas populacionais intensas, típicas destes territórios contíguos. Tal estudo faz parte de investigação concluída em 2007, realizada com apoio do CNPq, que analisou condições de acesso aos serviços de saúde em cidades da linha de fronteira do MERCOSUL, identificando ações de saúde demandadas, fluxos entre serviços e sistemas de saúde e, estratégias dos governos locais voltadas para questões de saúde na fronteira. As repercussões do processo de integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde são objeto de estudo desenvolvido no Programa Doutorado em Saúde Pública, na linha de pesquisa Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada, na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde (ENSP/FIOCRUZ/MS).

O MERCOSUL é um movimento de integração econômica regional, fundado em 1991 por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai que almeja alcançar grau profundo de integração, pela eliminação de restrições de circulação de mercadorias, pessoas e capital. Observa-se na experiência internacional que processos de integração regional, para estabelecer relações econômicas privilegiadas, foram intensificados no contexto da

²⁰ Capítulo a ser apresentado para publicação na Revista *Social Science & Medicine*.

²¹ Professora da Universidade Federal Fluminense.

²² Professora da Universidade Federal de Santa Catarina.

globalização e, lentamente uma agenda social vem sendo construída *pari passu* aos avanços da conformação do mercado comum.

A integração econômica regional ocasiona nas regiões fronteiriças aumento de fluxos, que para os sistemas de saúde daquelas comunidades impõe novos dilemas. As cidades-gêmeas na fronteira do MERCOSUL apresentam dinâmicas populacionais muito particulares e devido à contigüidade dos territórios convivem intensa e cotidianamente com as diferenças entre os sistemas e as políticas, as quais ao lado de gerar tensões e conflitos, fazem surgir iniciativas inovadoras. Esta análise contribui para os debates sobre os avanços da integração econômica regional e as repercussões na saúde.

A partir de critérios pré-definidos na pesquisa do acesso aos serviços de saúde em cidades da linha de fronteira e de modo a explorar situações diferenciadas de relações em territórios contíguos de fronteiras internacionais, foi selecionada para ser estudada uma cidade-gêmea de cada um dos quatro Estados brasileiros fronteiro ao MERCOSUL. No Rio Grande do Sul foi escolhida a Cidade de Sant’Ana do Livramento e Rivera no Uruguay. Em Santa Catarina a escolhida foi a Cidade de Dionísio Cerqueira, Bernardo de Irigoyen na Argentina e Barracão no Paraná. No Paraná foi escolhida a Cidade de Foz do Iguaçu, Ciudad del Este no Paraguay e Puerto Iguazu na Argentina. E em Mato Grosso do Sul foi escolhida a Cidade de Ponta Porã e de Pedro Juan Caballero no Paraguay. Em cada uma destas localidades, no segundo semestre de 2005, foi feita visita de campo para realizar inquérito e entrevista semi-estruturada com autoridades sanitárias locais e regionais, de ambos os lados, de modo a conhecer as percepções sobre a situação fronteiriça e os impactos do MERCOSUL na organização da saúde.

Nesse texto os resultados obtidos são apresentados descrevendo, a partir da perspectiva e experiência das autoridades sanitárias locais e regionais, nos quatro casos características específicas de cada segmento de fronteira. Os casos das cidades-gêmeas do MERCOSUL selecionadas são revisados de modo a ilustrar condições de acesso aos serviços, identificar ações demandadas, fluxos entre serviços e, estratégias dos governos locais relacionadas às questões de saúde na fronteira. Nas considerações finais os achados são analisados com a perspectiva contribuir para o debate acerca das repercussões dos processos de integração econômica regional nos sistemas de saúde e delineamento de estratégias de enfrentamento.

O estudo nas cidades-gêmeas indica que na percepção e experiência dos entrevistados a localização na fronteira implica em situações específicas relacionadas à organização dos serviços, à oferta de ações e ao planejamento de atividades de saúde. De ambos os lados da fronteira, as condições de acesso aos serviços de saúde ao estrangeiro fronteiriço, residente ou não, ocorre de acordo com as possibilidades do sistema local de saúde. A busca por serviços de saúde ocorre em ambas as direções e relaciona-se às facilidades de trânsito entre as cidades, à oferta de serviços e às barreiras organizacionais introduzidas em cada sistema de saúde. O atendimento às situações de emergência está garantido, entretanto, dificuldades surgem para a referência. As principais demandas nas cidades brasileiras são por procedimentos de atenção primária e com menor frequência por atenção especializada. É frequente entre as cidades-gêmeas o fluxo de pessoas com familiares residentes no outro lado da fronteira, trabalhadores e estudantes e a dupla nacionalidade é comum. Surgem novas estratégias de cooperação entre gestores locais em atividades de capacitação, intercâmbio de informações de saúde, desenvolvimento de projetos comuns, troca e mútua ajuda. Características da organização e da partilha de responsabilidades nos sistemas de saúde de cada país são fatores determinantes de iniciativas cooperativas, contudo prevalecem relações informais estabelecidas entre os sistemas públicos de saúde de cidades fronteiriças. Embora a participação efetiva dos entes subnacionais nos processos de integração econômica ainda seja subordinada, as cidades-gêmeas têm realizado esforços solidários para garantir a assistência e realizar ações conjuntas de vigilância em saúde. Os temas indicados pelos entrevistados para compor acordos entre os países envolvem a assistência à saúde e recursos humanos.

O texto amplia conhecimentos sobre comunidades fronteiriças, contribui para o debate da participação de entes subnacionais nos processos de integração econômica regional e na construção de programas e políticas regionais que melhorem o acesso, integral e humanizado à saúde no MERCOSUL.

MÉTODOS E MATERIAL

O presente estudo é parte da pesquisa de doutorado sobre repercussões na saúde de processos de integração econômica regional. O estudo das cidades-gêmeas do MERCOSUL integra *Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de*

saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL realizada com apoio financeiro do CNPq, em cooperação com CONASEMS e CONASS, que teve por objetivos analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL, e discutir repercussões dos processos de integração regional entre países sobre os sistemas de serviços de saúde. O estudo de quatro cidades-gêmeas foi feito a partir de entrevistas semi-estruturadas e aplicação de questionário junto aos Secretários Municipais de Saúde (SMS), entrevistas semi-estruturadas com autoridades sanitárias da cidade-gêmea estrangeira de fronteira e com os Secretários de Estado da Saúde (SES) dos quatro Estados brasileiros fronteira com o MERCOSUL. Aqui são apresentados os resultados dos quatro estudos de caso.

O estudo das cidades-gêmeas se fundamentou na experiência e percepção de atores políticos locais e regionais quanto à realidade setorial, implicações da integração regional *vis a vis* as políticas nacionais, regionais e locais no acesso as ações e serviços de saúde, demandas e fluxos entre os serviços e estratégias de cooperação. As entrevistas com os SES buscaram a percepção sobre questões de saúde na fronteira e quanto às repercussões da integração econômica regional sobre as políticas e sistemas de saúde. As entrevistas com as autoridades sanitárias do lado estrangeiro abordaram aspectos da organização, acesso e cobertura dos serviços de saúde, temas referentes à localização e fluxos na fronteira.

Os quatro casos de cidades-gêmeas do MERCOSUL estudados localizam-se um em cada Estado brasileiro —Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), Paraná (PR) e Mato Grosso do Sul (MS)—. Esses casos contemplam fronteiras com todos os Estados Parte fundadores do MERCOSUL sendo um na fronteira com o Uruguai, dois na fronteira com a Argentina e dois na fronteira com o Paraguai. O Caso 1 são as cidades-gêmeas de Sant’Ana do Livramento e Rivera, o Caso 2 são as cidades de Dionísio Cerqueira, Bernardo de Irigoyen e Barracão, o Caso 3 são as cidades de Foz do Iguaçu, Puerto Iguazu e Ciudad del Este e o Caso 4 as cidades-gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero. Os quatro casos de cidades-gêmeas estudados incluem cinco Municípios brasileiros e 5 cidades estrangeiras de fronteira. Os Municípios brasileiros estão assim distribuídos: um Município gaúcho na fronteira com o Uruguai (Caso 1), dois Municípios, um catarinense e um paranaense, na fronteira com a Argentina (Caso

2) e, dois Municípios na fronteira com o Paraguay, um paranaense (Caso 3) e um mato-grossense (Caso 4).

Dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) entrevistados quatro são do sexo masculino e um do sexo feminino. Todos possuem nível superior sendo quatro da área de saúde e um da economia. Os entrevistados quanto ao ramo de atividade principal se dividem em: um empregado público, dois políticos e dois profissionais liberais. As entrevistas foram feitas no segundo semestre do primeiro ano de mandato dos governos municipais (final de 2005). Dois SMS ocupavam o cargo há oito meses, um a dez meses e dois a onze meses. Dois entrevistados já haviam ocupado o cargo de Secretário Municipal antes, dois encontravam-se afastados de cargos eletivos. Todos são residentes no Município de trabalho. As entrevistas com as autoridades sanitárias das cidades estrangeiras de fronteira foram com Diretor Departamental de Saúde (Rivera), Diretor de Hospital (Bernardo de Irigoyen), Secretário de Saúde e Ação Social da Municipalidade (Puerto Iguazu), Secretário de Saúde da Governação e Diretor da Região Sanitária do Ministério da Saúde (Ciudad del Este) e Diretor da Região Sanitária do Ministério da Saúde (Pedro Juan Caballero). Os quatro Secretários de Estado da Saúde (SES) entrevistados são três homens e uma mulher e, três são profissionais de saúde e um economista.

Os principais resultados dos inquéritos e entrevistas realizadas nas cidades-gêmeas e com os SES foram analisados e são apresentados de forma agregada, destacando aspectos relevantes em cada caso (Veney e Kaluzny, 1991a-b). Os resultados da entrevista com os SMS estão organizados em cinco seções: *i*) características das cidades-gêmeas estudadas, *ii*) condições de acesso aos serviços de saúde, *iii*) identificação de ações demandadas, *iv*) fluxo entre serviços de saúde, e, *v*) estratégias dos governos locais relacionadas às questões de saúde na fronteira. Conteúdos das entrevistas com as autoridades sanitárias das cidades-gêmeas estrangeiras foram inseridos nas cinco seções. As entrevistas com os SES foram sumarizadas de modo a captar a opinião de cada um destes atores, considerando especificidades de cada Estado, com relação a dois temas: saúde na fronteira e repercussões da integração entre países sobre políticas e sistemas de saúde.

A FRONTEIRA, A LINHA DE FRONTEIRA E AS CIDADES-GÊMEAS DO MERCOSUL

A linha de fronteira do MERCOSUL estudada faz parte do limite brasileiro com os demais Estados Parte fundadores —Argentina, Paraguay e Uruguay—. Esta constitui-se pelo território de 69 Municípios brasileiros: 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 Uruguay; 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 Paraguay; e, 11 Municípios pertencem ao Estado do Mato Grosso do Sul (MS) fazendo fronteira com o Paraguay (Peiter, 2005; Guimaraes e Giovanella, 2005; Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, s/data).

No presente trabalho são estudados quatro casos de cidades-gêmeas do MERCOSUL. Cidades-gêmeas são núcleos urbanos simetricamente dispostos entre limites territoriais de países. As cidades-gêmeas existem em todo o mundo, no Brasil somam 27, das quais 17 estão na linha de fronteira do MERCOSUL (Barcellos, Peiter, Rojas e Matida, s/data). A ligação conurbada das cidades-gêmeas favorece trocas entre as comunidades em busca de usufruir o melhor em cada uma delas. As relações entre estas cidades facilitam a livre circulação de pessoas e a complementaridade de utilização de serviços (Fernandes Neto, 2003) e mercados como os da saúde. Estudos demonstram que na União Européia a questão da atenção à saúde transfronteiriça é um tema tratado em acordos entre países e entre regiões (Hermans e Brouwer, 2003).

Os resultados e as análises no presente texto referem-se às situações de fronteiras entre países e as relações estabelecidas, mediadas pela busca de ações e serviços de saúde em contexto de integração econômica regional. As fronteiras são espaços que extrapolam o fato geográfico traçado pelos limites, e incorporam movimentos enredados incluindo aspectos da vida social, econômica, política e cultural de comunidades e nações. Em fronteiras estão presentes em seqüência, processos de diferenciação, tradução, relação e regulação (Raffestin, 2005:11). Para além da integração econômica regional, fronteiras são espaços complexos que vivem tendências simultâneas de separação e diluição. Podem, contudo, ser pontos de partida para projetos de cooperação, mas para tanto em geral são dependentes de ações públicas de

governos centrais (House, 1980). Interações econômicas, culturais e políticas, espontâneas ou promovidas, caracterizam a *zona de fronteira*, lugar onde ocorre integração e cooperação, nas diferenças entre o local, o nacional e o internacional. O conceito de zona de fronteira “(...) aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, um espaço territorial transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialidade mais evoluída é a das cidades-gêmeas” (Machado et al, 2005:95). As cidades-gêmeas conformam uma faixa de fronteira com interação de grupos locais e entre países, da sub-região com outras cidades e regiões nacionais e, com os governos centrais (Machado et al, 2005:96).

Por seu caráter especial em diversos ângulos —segurança, diplomático e político— as regiões fronteiriças são alvo de políticas e programas governamentais diferenciados. No Brasil, existe um programa para a *faixa de fronteira* que conforme a Constituição Federal de 1988 (2º. Parágrafo, Art.20 da Constituição Federal de 1988), refere-se ao território de até cento e cinquenta quilômetros de largura ao longo das fronteiras terrestres, vinculado à defesa do território nacional, com ocupação e utilização reguladas por Lei (Brasil, 1988; Gadelha e Costa, 2005). O Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) do governo brasileiro parte de uma profunda caracterização deste território, que apresenta significativa variação, conformando arcos dinâmicos de produção econômica e de identidade cultural —norte, central e sul— e índices de conectividade com modelos de relações transfronteiriças diversos —margem, zona tampão, frentes, capilar e sinapses— (Machado et al, 2006). O PDFF visa a promoção de convergências das políticas públicas setoriais para aquelas localidades objetivando o enfrentamento de desigualdades, o fortalecimento da articulação, a promoção de potencialidades e de investimentos e, por fim, o desenvolvimento local e a integração da América do Sul (Gadelha e Costa, 2005; MIN, 2005).

Na proposta do PDFF as cidades limítrofes com países vizinhos são consideradas as mais diretamente afetadas por questões políticas, econômicas e diplomáticas dos países envolvidos (Gadelha e Costa, 2005:39). As diferenças determinadas por características internas, somadas às diferenças locais relacionadas com o país limítrofe, impõem que o padrão de atuação não seja único, incorporando grau de

flexibilidade para observar características específicas de relações entre as comunidades, fluxos e intercâmbios sociais e comerciais. A percepção da região fronteiriça como fator de integração regional é recente (Trevas, 2006) e determinou na saúde a criação do Projeto de Sistema Integrado da Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras) orientado para o diagnóstico, planejamento e investimento exclusivo nos Municípios brasileiros fronteiriços (Gallo, Costa e Bretas, 2006).

No MERCOSUL, no final de 2006, foi aprovada na Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL a proposta de Projeto de Cooperação Técnica Internacional. O objetivo geral é “(...) *identificar estrategias para la intervención en salud de fronteras, por medio del análisis, desarrollo de experiencias y sistematización de las mismas, de manera de contribuir el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud integrando acciones de salud de las Fronteras de los Estados Partes del MERCOSUR*”. No desenvolvimento da Proposta, os Estados Parte destacam a importância da correlação entre integração econômica regional e saúde o afirmar que “(...) *la salud es un factor favorecedor de la integración regional y que acciones concretas en fronteras contribuirán a ese propósito general*” (Uruguay s/data).

A representação de movimentos sociais e populares, ONGs e governos atuante nos Estados parte fundadores do MERCOSUL alcançou também recentemente espaço para debater e organizar um agenda de temas de interesse comum. A *Iª Cúpula Social do MERCOSUL* ocorreu em dezembro de 2006 e consolidou o conjunto de proposições em uma agenda social do MERCOSUL que foi entregue aos Presidentes na última Cúpula do MERCOSUL. A *Iª Cúpula Social do MERCOSUL* debateu a pauta da integração e a participação da comunidade com referência às políticas e aos processos decisórios. As discussões ocorreram em nove grupos temáticos: (i) agricultura familiar, reforma agrária, cooperativas, desenvolvimento local, economia solidária, segurança alimentar, (ii) gênero, raça, etnia e direitos humanos, (iii) cultura, juventude, educação, comunicação, (iv) trabalho decente, migrações, integração dos povos, (v) meio ambiente, desenvolvimento sustentável, recursos naturais e água, infra-estrutura e energia, (vi) tratados de livre comércio, integração e modelos de desenvolvimento, (vii) participação cidadã e institucionalidade do MERCOSUL, (viii) saúde e (ix) Parlamento do MERCOSUL (MERCOSUL, 2007).

Um aspecto relevante adicional na discussão e análise de questões fronteiriças e saúde é a competência dos entes subnacionais nas relações internacionais, condicionada tanto pelas diferentes modalidades de organização dos Estados nacionais quanto pelo aparato legal. Na estrutura federativa brasileira, por exemplo, os Municípios, ainda que em muitos aspectos se igualem aos Estados e à União, e na saúde acumulem responsabilidades bem definidas e amplas, não gozam de competências em assuntos internacionais. Mesmo com limitações e tangendo a informalidade, observam-se inúmeras experiências de atuação de entes subnacionais, forçando a ampliação de espaço de autonomia no domínio das relações internacionais (Mariano e Barreto, 2004; Prieto, 2004:273). O envolvimento de entes subnacionais em relações internacionais, mediante o estabelecimento de contatos e relações informais com entidades públicas e privadas estrangeiras, para a promoção socioeconômica e cultural para atender seus interesses é denominado *paradiplomacia*. A discussão das MERCOCIDADES no âmbito do MERCOSUL ou a formação da Federação Mundial das Cidades Unidas com presenças além do território nacional são exemplos de *paradiplomacia* (Rodrigues, 2004 p 443 e 454; Prieto, 2004).

Nas fronteiras as cidades estabelecem iniciativas e práticas de cooperação que respondem às deficiências nas capacidades de resposta dos governos centrais (Hocking, 2004:95). Acordos locais avançam em temas nos quais os países não têm condições políticas de estabelecer ou sobre os quais os processos de negociação e de estabelecimento de consensos e acordos não atendem às necessidades da gestão local na fronteira. Como os interesses e as políticas públicas envolvem rede de ligações entre arenas políticas e atores subnacionais, nacionais e internacionais, a formulação e a implementação de políticas públicas lidam e operam em múltiplos níveis (Hocking, 2004:97). Tal processo impõe o estabelecimento de uma diplomacia de multicamadas, para a definição de abrangência e a formalização de acordos diferenciados para cada nível de governo, mas de caráter complementar e avançado nas fronteiras.

Nos últimos anos assiste-se ao enfraquecimento da posição de primazia da atuação do Estado nação na discussão de interesses locais e regionais. As iniciativas de integração econômica regional tendem a tornar as fronteiras permeáveis e a identificar possibilidades de desenvolvimento que ultrapassam os limites político-geográficos. Estes fenômenos levam ao desenvolvimento de iniciativas de atores políticos e sociais

locais e regionais baseadas na premissa de *pensar globalmente e agir localmente*. (Hocking, 2004:101-3). Tais iniciativas não são oposição ao centro, mas valorizam a autonomia de ação de atores subnacionais no estabelecimento de agendas e estratégias de múltiplos níveis e com parcerias diversas para atender a interesses comuns (Hocking, 2004:104).

No caso do *Mercosul* a natureza intergovernamental do aparato institucional que se estabeleceu privilegia a participação dos Estados nacionais. Em consequência, as decisões são predominantemente dos níveis centrais e a influência direta dos entes subnacionais é diminuída. A partir do grau de união aduaneira, o MERCOSUL tende necessitar de instâncias de caráter supranacional que possam assumir o papel de redução ou atenuação de desigualdades que se intensificam com a integração econômica regional e da promoção do desenvolvimento, por exemplo com mecanismos compensatórios (Mariano e Barreto, 2004). As ações de caráter supranacional tendem a dotar de visibilidade a integração como promotora do desenvolvimento. Se de um lado as inflexões da integração afetam as unidades subnacionais mais débeis, de outro enquanto os problemas dos entes subnacionais não forem enfrentados pelos entes centrais a integração tende a não evoluir (Mariano e Barreto, 2004:37-38).

Decisões importantes de 2006 podem indicar um cenário promissor para essas questões no MERCOSUL, no sentido de ampliar a participação do poder legislativo, dos entes subnacionais e para o desenvolvimento de infra-estrutura no Bloco com a criação do *Parlamento do MERCOSUL*, a implantação *Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL* e a efetivação do *Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL*.

RESULTADOS DO ESTUDO DOS 4 CASOS DE CIDADES-GÊMEAS

Aqui estão apresentados aspectos selecionados das entrevistas com os SMS (FIOCRUZ, 2007a-b), complementados com as percepções das autoridades sanitárias das cidades-gêmeas estrangeiras (FIOCRUZ, 2007c) e dos SES dos quatro Estados brasileiros fronteiro com o MERCOSUL (FIOCRUZ, 2007d). Os campos descritivos e analíticos dos casos de cidades-gêmeas de fronteira do MERCOSUL aqui trabalhados foram: caracterização do segmento, condições de acesso aos serviços públicos de saúde, identificação de ações demandadas, fluxos entre os serviços de saúde e estratégias do

governo local relacionadas às questões de saúde na fronteira. A ênfase foi na percepção do SMS, complementada com a perspectiva de autoridades sanitárias estrangeiras. A visão do SES sumariza a percepção deste ator quanto à saúde na fronteira e às repercussões da integração entre países sobre políticas e sistemas de saúde.

I. CARACTERÍSTICAS DAS CIDADES-GÊMEAS ESTUDADAS

CASO 1: SANT'ANA DO LIVRAMENTO E RIVERA: FRONTEIRA DA PAZ

O Caso 1 trata de cidades-gêmeas localizadas na fronteira Brasil e Uruguai, de Sant'Ana do Livramento e Rivera (ver Mapa 1 e Quadro 1). Divididas por uma praça e metade de uma rua urbana, constituem uma única conurbação na qual as comunidades vivem trocas sociais, culturais e comerciais muito intensas. Embora os regimes entre os dois Países sejam distintos, as Cidades compartilham realidades muito semelhantes que se interpenetram espacialmente superando as estratégias originais de ocupação daquelas fronteiras territoriais. O título de *Fronteira da Paz* se origina dessa importante integração entre as duas comunidades em decorrência de tratado binacional que não precisou as fronteiras e limites políticos. Tal situação propiciou que as pessoas vivam em uma das Cidades e trabalhe ou estude em outra, e estabeleçam cotidianamente outras dinâmicas sociais. Os idiomas, português e espanhol, são amplamente compreendidos, assim como as moedas oficiais de cada País, real e peso uruguaio, são de uso corrente nas duas Cidades. No que tange às políticas públicas as responsabilidades do Governo Municipal de Sant'Ana do Livramento e da Intendência Municipal de Rivera são distintas em decorrência da organização político-administrativa de cada País. As relações ao longa da fronteira Brasil-Uruguai são bem intensas, principalmente nas cidades-gêmeas, em variados âmbitos sociais (Navarrete, 2006), sendo firmado em 2002 o *Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios* (Dorfman e Rosés, 2005).

Sant'Ana do Livramento é Município do Estado do Rio Grande do Sul, localizado a oeste do Estado, foi emancipado em 1857, sendo dos mais antigos e extensos do Estado. De tradição agropecuária e comercial a Cidade viveu momentos de prosperidade. A Cidade de Rivera no Uruguay é a Capital do Departamento de Rivera,

fundada em 1867. A economia está vinculada ao setor agropecuário e ao comércio, com destaque para o turismo de compras.

Entre as Cidades de Sant'Ana do Livramento e Rivera não existe controle ou passagem de fronteira. Os total de residentes no Município brasileiro é de 95.148 habitantes, segundo censo de 2004, e do lado uruguaio 64.426 habitantes, também segundo dados de 2004. A região está distante cerca de 500 km de Porto Alegre e 541 de Montevideo.

CASO 2: DIONÍSIO CERQUEIRA, BERNARDO DE IRIGOYEN E BARRACÃO: AS TRI-GÊMEAS DO EPICENTRO DO MERCOSUL

O Caso 2 trata de cidades tri-gêmeas localizadas na fronteira Brasil e Argentina, de Dionísio Cerqueira, Bernardo de Irigoyen e Barracão (ver Mapa 1 e Quadro 1). As três cidades formam uma conurbação caracterizando um único núcleo urbano na forma de tri-fronteira binacional. Os limites entre as três cidades não são lineares ou demarcados por marcos geográficos, pois originalmente conformavam o mesmo território.

O Município de Dionísio Cerqueira localiza-se no Estado de Santa Catarina no extremo noroeste, limite com o Estado do Paraná, foi fundada em 1953. A Vila de Dionísio Cerqueira existia desde 1903 como parte do Estado do Paraná, em 1916 é incorporada à Santa Catarina como pertencente ao Município de Chapecó. A economia municipal baseia-se na agricultura e comércio exterior. A Cidade de Bernardo de Irigoyen é a Capital do Departamento de General Manuel Belgrano da Província de Misiones e foi fundada em 1921. Dentre as principais atividades econômicas destacam-se atividades de comércio e serviços autônomos, seguido do setor público e agrícola. A Cidade de Barracão está localizada no sudoeste paranaense na fronteira com o Estado de Santa Catarina e foi fundada em 1951. As atividades econômicas concentram-se na área de serviços e setor agrícola predominantemente.

Nos limites de Dionísio Cerqueira e Bernardo de Irigoyen existe uma passagem de fronteira com controle de veículos. Entre Barracão e Bernardo Irigoyen não há separação, sendo as ruas dos bairros contíguas entre um país e outro. Nesta fronteira vive 23.577 brasileiros, segundo censo de 2004, 14.466 residentes em Dionísio Cerqueira e 9.111 em Barracão, e 10.899 argentinos de acordo com contagem

populacional de 2001. A região está distante cerca de 750 km de Florianópolis, 540 km de Curitiba, 320 km de Posadas, Capital de Misiones e 1.440 de Buenos Aires.

Em 1979, oficializa-se na tri-fronteira o Porto Seco e em 2003 é instalado o Ponto de Fronteira Alfandegário integrado entre os dois Países e com sede no lado brasileiro, em Dionísio Cerqueira, caracterizando a região como ponto de passagem e fluxo intenso de cargas e mercadorias entre os Estados Parte e outros países.

CASO 3: FOZ DO IGUAÇU, PUERTO IGUAZU E CIUDAD DEL ESTE: A TRÍPLICE FRONTEIRA

O Caso 3 trata de três cidades-gêmeas localizadas na tríplice fronteira Brasil, Argentina e Paraguai de Foz do Iguaçu, Puerto Iguazu e Ciudad del Este (ver Mapa 1 e Quadro 1). As Cidades são divididas por dois rios que se unem formando a tríplice fronteira tri-nacional. Uma ponte sobre o Rio Iguaçu interliga Foz do Iguaçu a Puerto Iguazu, e outra ponte sobre o Rio Paraná liga Foz do Iguaçu a Ciudad del Este. Não existe ligação por ponte entre Puerto Iguazu e Ciudad del Este. Os fluxos entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este são mais intensos que os demais com fenômenos associados às correntes migratórias agrícolas (Riquelme, 2005) cujos protagonistas retornam ao país de origem já com seus descendentes em busca de serviços de saúde (Silva, 2006). Esta fronteira tem características muito particulares de perspectivas sociais e legais (Sprandel, 2006).

A Cidade de Foz do Iguaçu localiza-se no extremo oeste do Estado do Paraná e foi criada no ano de 1914. As origens da Cidade remontam a Colônia Militar estabelecida em 1912 vinculada ao Município de Guarapuava, em 1914 é criado o Município de Vila Iguaçu e em 1918 denomina-se Foz do Iguaçu. Em 1943, Foz do Iguaçu integra o Território Federal do Iguaçu, desmembrando-se do Estado do Paraná e dois anos mais tarde retorna ao Estado. O Território do Iguaçu foi um dos territórios estratégicos de fronteira criados e administrados pelo governo central e foi extinto na Constituição Brasileira de 1946 e a área dividida entre os Estados de Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. Principais fontes de renda são o turismo e a geração de energia elétrica. Foz do Iguaçu é considerada cidade multicultural devido à presença importante de diversos grupos étnicos. É a cidade mais populosa da fronteira brasileira.

Puerto Iguazu é uma Cidade do Departamento de Iguazu, na Provincia de Misiones separada de Foz pelo Rio Iguazu e da Ciudad del Este pelo Rio Paraná. Localizada na região nordeste da Argentina, foi fundada em 1951. A atividade econômica principal é na área de serviços de turismo e comércio, seguido pelo setor público. Ciudad del Este é a Capital do Departamento de Alto Paraná, situada no extremo leste do Paraguay e fundada em 1957. É a segunda maior cidade paraguaia, contribui com a metade do Produto Interno Bruto paraguaio e é a terceira zona de comércio franca do mundo. As atividades comerciais e de serviços voltados para o turismo são as maiores empregadoras, seguida da atividade industrial relacionada a montagem de produtos semi acabados importados. Como Foz do Iguazu, Ciudad del Este tem atividade industrial ampliada pela presença da Usina de Itaipu Binacional. Nos arredores urbanos o foco são atividades agrícolas de extensão.

Entre Foz do Iguazu e Puerto Iguazu existe uma passagem de fronteira do lado argentino com controle de entrada e de saída de pessoas e veículos. Entre Foz do Iguazu e Ciudad del Este existe uma aduana do lado brasileiro que faz controle da entrada de mercadorias. Na tríplice fronteira vivem em Foz do Iguazu 286.285 brasileiros, segundo censo de 2004 e nas outras duas cidades 254.312 estrangeiros, sendo 32.038 em Puerto Iguazu segundo dados de 2001 e 222.274 em Ciudad del Este, dados de 2002. A região está distante cerca de 650 km de Curitiba, 300 km de Posadas, Capital de Misiones e 330 km de Asunción.

CASO 4: PONTA PORÃ E PEDRO JUAN CABALLERO: CIDADES IRMÃS

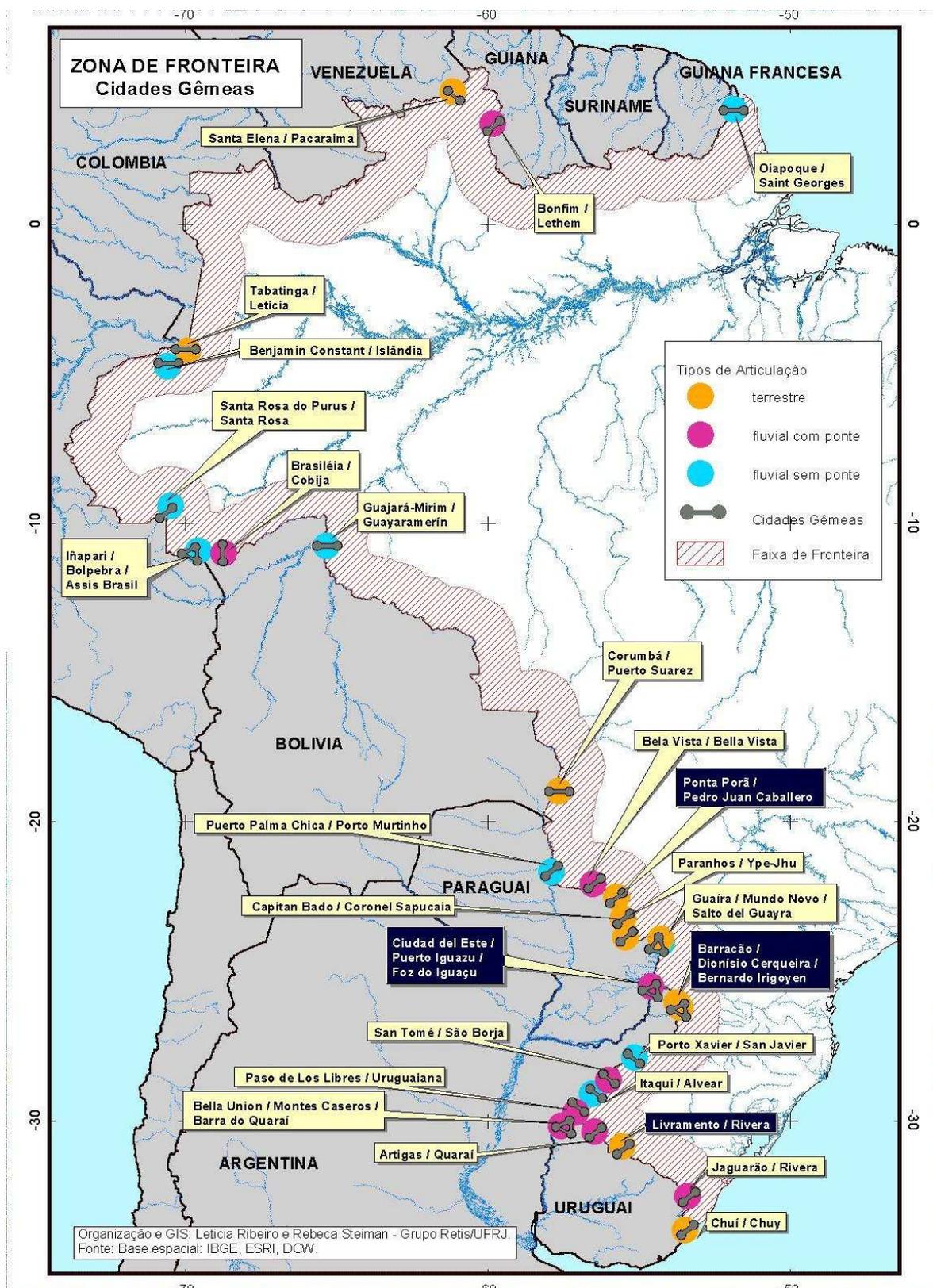
O Caso 4 trata de cidades-gêmeas localizadas na fronteira do Brasil com Paraguai, Ponta Porã e Pedro Juan Caballero (ver Mapa 1 e Quadro 1). As cidades conformam conurbação internacional com importantes laços comerciais, sociais e culturais e já formaram um único território.

A Cidade de Ponta Porã está localizada no sudoeste do Estado de Mato Grosso do Sul. Tem como atividades econômicas a agropecuária e a extração de madeiras. O Município tem origens na Colônia Militar de 1892 fundada para proteger a região e em 1912 é estabelecida como Município. Em 1943 é criado o Território Federal de Ponta Porã que é extinto em 1946. Pedro Juan Caballero é a Capital do Departamento de Amambay e foi fundado em 1945, desmembrando-se de Bela Vista criada em 1902. O

comércio e os serviços são as principais atividades econômicas, seguido do setor agrícola.

Entre Ponta Porã e Pedro Juan Caballero não existe passagem de fronteira, os bairros estão separados por uma única avenida. Nesta fronteira vivem 64.972 brasileiros em Ponta Porã, segundo censo de 2004, e 88.189 paraguaios em Pedro Juan Caballero, dados de 2002. A região está distante cerca de 360 km de Campo Grande, 565 de Asunción e 1.000 km de São Paulo. A fronteira do Estado do Mato Grosso do Sul tem longa extensão e na saúde é muito comum a busca por serviços do lado brasileiro, determinando que o governo estadual inclua na programação de atendimentos parâmetros para atender essa demanda (Soares e Franchi, 2006).

Mapa 1 - Cidades-Gêmeas da Zona de Fronteira do Brasil



Fonte: Extraído em <http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/index.htm> (acesso em 21 de abril de 2005).

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DAS CIDADES-GÊMEAS DO MERCOSUL ESTUDADAS

Características	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Fronteira	Brasil e Uruguay	Brasil e Argentina	Brasil, Argentina e Paraguay	Brasil e Paraguay
Cidade brasileira, Estado brasileiro, Data de fundação	Sant'Ana do Livramento, Rio Grande do Sul, 1857	Dionísio Cerqueira, Santa Catarina, 1953 Paraná, Barracão, 1951	Foz do Iguaçú, Paraná, 1914	Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, 1957
Cidade estrangeira, Província/Departamento estrangeiro, Data de fundação	Rivera, Depto. de Rivera, 1867	Bernardo de Irigoyen, Depto. de General Mantel Belgrano, Província de Misiones, 1921	Puerto Iguazu, Depto. Iguazu, Província de Misiones, 1951 Ciudad del Este, Depto de Alto Paraná, 1957	Pedro Juan Caballero, Depto. de Amambay, 1945.
Tipo de fronteira	Seca e conurbação urbana única	Seca, conurbação urbana única com passagem de fronteira de Dionísio Cerqueira para Bernardo de Irigoyen, do lado argentino	Rio com ponte entre Foz do Iguaçú e Puerto Iguazu, com passagem de fronteira do lado argentino. Rio com ponte entre Foz do Iguaçú e Ciudad del Este, com passagem de fronteira do lado brasileiro. Entre Puerto Iguazu e Ciudad del Este não há ponte.	Seca e conurbação urbana única.
Distâncias	500 km de Porto Alegre 541 km de Montevideo	750 km de Florianópolis 540 km de Curitiba 320 km de Posadas 1440 km de Buenos Aires	647 km de Curitiba 310 km de Posadas 330 km de Asunción 1.615 km de Buenos Aires	363 km de Campo Grande 565 km de Asunción 1.064 km São Paulo
População: soma das Cidades Residente na Cidade Brasileira	159.574 95.148	34.466 14.466	540.597 286.285	153.161 64.972
Residente na Cidade Estrangeira	-- ***64.426	9.111 *10.889	-- *32.038	-- **88.189
	--	--	**222.274	--

Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios de visita e no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul. As populações das Cidades estrangeiras foram informadas durante as entrevistas pelas autoridades sanitárias locais e referem-se a diversos anos: *2001, **2002, ***2004.

IMPLICAÇÕES DA SITUAÇÃO FRONTEIRIÇA PARA A GESTÃO DO SUS

A localização do Município na linha de fronteira traz, de acordo com a experiência e percepção dos SMS entrevistados, diversas implicações para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto aos recursos da gestão municipal são mencionadas implicações no orçamento municipal. No planejamento das ações de saúde dentre os fatores citados como de interferência está o grande fluxo de pessoas, os brasileiros que vivem do outro lado da fronteira e buscam serviços de saúde no Brasil, os cidadãos que gozam de dupla nacionalidade, os brasileiros residentes em outro país que retornam ao Brasil quando se aposentam e estrangeiros. Nas atividades de controle de doenças são mencionadas dificuldades com relação aos agravos infecto-contagiosos. Nos resultados da gestão da saúde municipal os SMS lembram que ocorrem prejuízos nos atendimentos prestados em geral —domiciliares, ambulatoriais, hospitalares, urgência e emergência, referência e contra-referência de pacientes—.

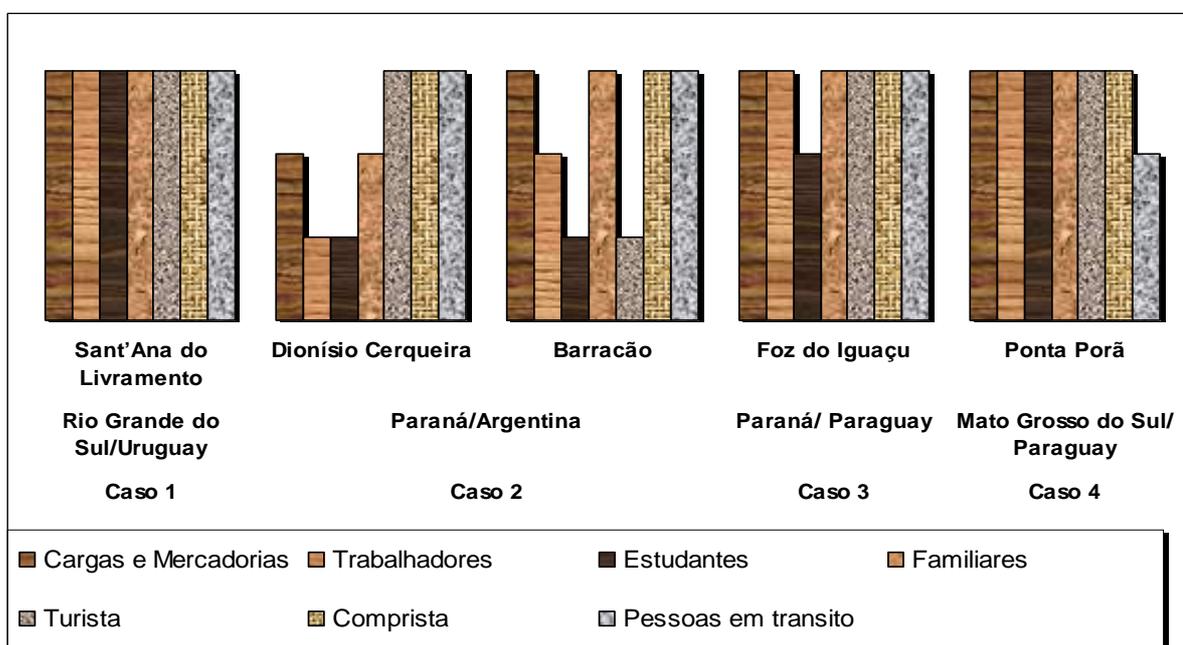
O SMS do Caso 4 resume assim: *“influencia a filosofia do SUS de igualdade e equidade, a convivência com outro sistema de saúde de outro país ao mesmo tempo favorece e questiona o SUS, diferenças do SUS para outros sistemas públicos levam à dificuldades de financiar e manter a qualidade”*. E as autoridades paraguaias entrevistadas complementam que uma das dificuldades da fronteira é a atenção à saúde gratuita do lado brasileiro, inclusive de medicamentos já que no Paraguai o usuário do serviço público contribui com cerca de dois até cinco reais por consulta, definidos de acordo com as capacidades sócio-econômicas do paciente. Neste sentido, os cidadãos buscam ter dupla documentação para acessar as diversas vantagens do lado brasileiro e em consequência *“(...) esta população escapa ao nosso sistema”*.

Todos os cinco SMS brasileiros entrevistados referem que os fluxos e trânsitos de pessoas, cargas e mercadorias entre as cidades-gêmeas variam de acordo com a época do ano. Quando perguntados sobre em qual direção tais fluxos são mais importantes, os SMS classificam como mais importantes da cidade-gêmea estrangeira para o Município brasileiro nos Casos 1 e 4. No Caso 2, um SMS classifica como igualmente importante nas duas direções, e o outro como mais importante da cidade

estrangeira para o seu o município paranaense. No Caso 3, o SMS classifica os fluxos como igualmente importantes nas duas direções, mas referindo-se à Ciudad del Este.

Com relação ao tipo de fluxo e trânsito na fronteira observa-se, na percepção dos SMS, que trabalhadores, estudantes, familiares e turistas geralmente circulam entre as cidades, além de cargas e mercadorias. As intensidades destes fluxos são variáveis entre os Casos estudados, caracterizando dinâmicas próprias em cada situação, contudo observa-se consenso na percepção entre todos os SMS quanto ao fluxo de *compristas* como muito freqüente. Cada SMS avaliou a intensidade do fluxo entre as cidades as diferentes categorias de pessoas e também de cargas e mercadorias (ver Gráfico 1). No Caso 1, de acordo com tal avaliação, o fluxo entre as Cidades foi considerado muito freqüente em todas as categorias. No Caso 2 há consenso entre os dois SMS de que os fluxos mais freqüentes são de pessoas em trânsito e de *compristas*. No Caso 3 apenas o fluxo de estudantes é diferente e foi avaliado como freqüente, enquanto as demais categorias é muito freqüente. No Caso 4 é freqüente o fluxo de pessoas em trânsito e muito freqüente nas demais categorias. Os fluxos de trabalhadores, familiares e estudantes indicam dinâmicas cotidianas de contato entre as comunidades com potencialidade de busca de serviços públicos e estes são muito importantes no Caso 1 e no Caso 2.

GRÁFICO 1 - TIPOS DE FLUXOS E TRÂNSITO NA FRONTEIRA DAS CIDADES-GÊMEAS ESTUDADAS



Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

II. CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com os resultados de inquérito junto aos cinco SMS dos quatro casos de cidades-gêmeas estudados é possível analisar as condições de acesso aos serviços de saúde em vista das informações obtidas quanto à: rede de saúde municipal, avaliação do funcionamento dos serviços públicos de saúde, documentos exigidos para o atendimentos nos serviços públicos de saúde, orientações aos serviços de saúde para o atendimento ao estrangeiro, avaliação do direito ao atendimento por parte de estrangeiros.

A rede de atenção à saúde das cidades-gêmeas brasileiras estudadas exhibe perfil variado (ver Quadro 2). Os Casos 1 e 2 são os que apresentam maiores índices de leitos por mil habitantes. O Município mais populoso da fronteira brasileira, Foz do Iguaçu, apresenta o menor número de leitos por mil habitantes entre os demais e também as menores coberturas de saúde da família. Pode se considerar que em geral são Municípios com baixa densidade tecnológica assistencial.

QUADRO 2 - REDE DE SAÚDE DO SUS NO MUNICÍPIO INTEGRANTE DOS CASOS DE CIDADES-GÊMEAS ESTUDADO

Tipo de Rede	Cidade brasileira				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	
	Sant' Ana do Livramento	Dionísio Cerqueira	Barracão	Foz do Iguaçu	Ponta Porã
Hospitalar					
Nº de hospitais públicos	1	1	0	3	1
Nº de hospitais contratados	0	0	1	0	0
Total de hospitais SUS	1	1	1	3	1
Nº de Leitos SUS	290	50	53	340	96
Policlínicas Especializadas	0	0	0	2	1
Leitos por 10 mil habitantes	30,48	34,56	58,17	11,88	14,78
Atenção primária					
Unidades Básicas de Saúde	10	5	6	24	3
Equipes de Saúde da Família	0	5	3	29	8
Cobertura de Saúde da Família (%)	0	100	100	30,8	29,7
Cobertura de Saúde Bucal (%)	0	100	100	19,7	29,7
Cobertura de Agente Com. de Saúde (%)	3,0	100	100	48,9	77,6

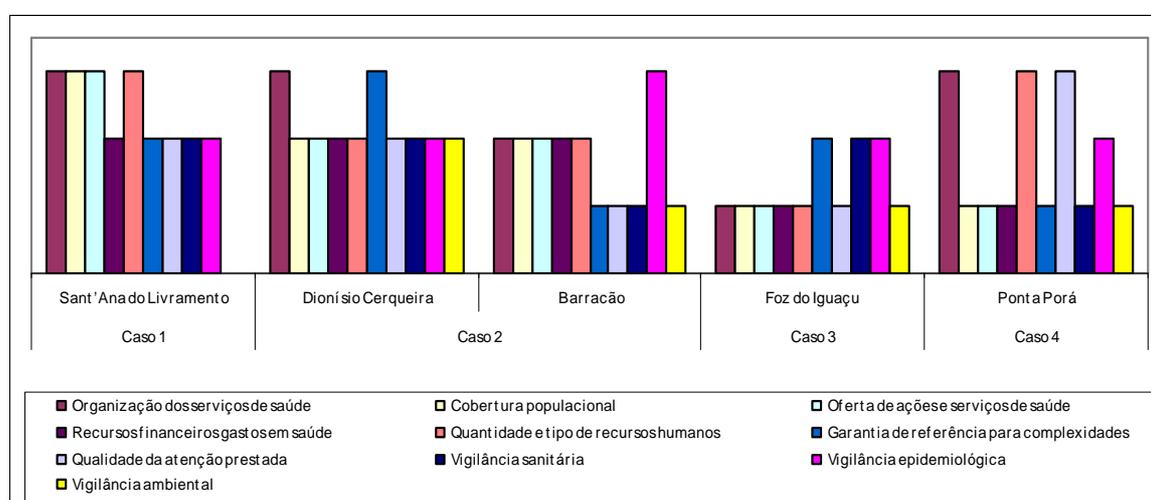
Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

Buscou-se conhecer a avaliação do SMS de variados aspectos relacionados aos recursos e ao modelo de atenção dos sistemas de saúde das cidades-gêmeas, estrangeira e brasileira, e da região do lado brasileiro. Todos os SMS manifestaram conhecer o sistema de saúde da cidade-gêmea vizinha. Nos três gráficos seguintes consta a avaliação —*bom, regular ou ruim*— de dez aspectos do funcionamento dos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira, do sistema de saúde do próprio Município e da região feita pelo SMS (ver Gráficos 2 a 4). No conjunto, os aspectos avaliados mais negativamente nos sistemas de saúde das cidades-gêmeas —inclusive são mencionados mais negativamente que os recursos financeiros gastos em saúde— são: a quantidade e o tipo de recursos humanos, e a garantia de referências para ações de saúde de maior complexidade. As avaliações das cidades-gêmeas estrangeiras podem se referir às diferenças entre os Países e no interior desses. Em geral, os SMS tendem a avaliar mais positivamente os próprios sistemas municipais que os regionais.

Na avaliação do sistema de saúde da cidade-gêmea estrangeira, todos os aspectos foram observados em todos os Casos, com exceção da vigilância ambiental no Caso 1, pois o SMS não sabia informar (ver Gráfico 2). No Caso 3, a avaliação foi feita

com relação à Ciudad del Este por ser aquela com trocas mais intensas com a cidade brasileira. No Caso 1 a avaliação do sistema de saúde da cidade-gêmea tendeu para bom e regular, sendo que os aspectos melhor avaliados foram: organização dos serviços, cobertura populacional, oferta de ações e quantidade de recursos humanos. No Caso 2 a avaliação de um dos SMS é mais positiva ao exibir tendência para bom e regular, destacando-se como bom a organização dos serviços e a garantia de referência. O outro SMS observa que a referência, a qualidade de atenção, a vigilância sanitária e a epidemiológica são ruins. Embora os Casos 3 e 4 avaliem o sistema de saúde do mesmo País referem-se a duas regionais diferentes, justificando, em parte, as percepções distintas e indicando possíveis diferenças internas. No Caso 3 observa-se tendência para ruim, sendo avaliado como regulares a referência de ações de saúde de maior complexidade e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. No Caso 4, a organização dos serviços, os recursos humanos e a qualidade da atenção recebem avaliação boa.

GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO PELO SMS DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DA CIDADE-GÊMEA ESTRANGEIRA

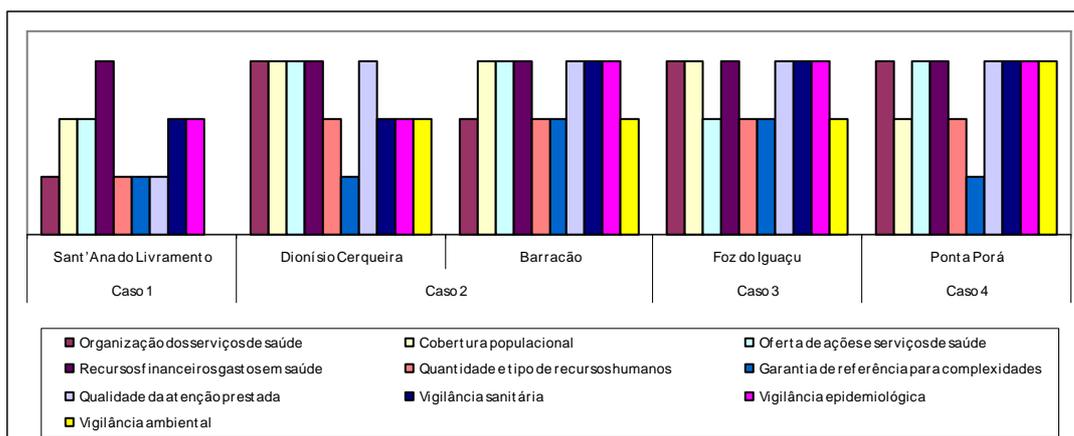


Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

Na avaliação do próprio sistema de saúde municipal observa-se um perfil variado que se relaciona, em parte, com a capacidade interna de organização de cada Cidade e do sistema estadual no qual se encontra inserida (ver Gráfico 3). Em que pese a tendência de avaliação mais positiva do próprio sistema, é válido notar que os

aspectos de quantidade e tipo de recursos humanos e de garantia da referência para complexidade são aqueles que recebem avaliações piores, em geral. Os recursos financeiros gastos em saúde em todos os Casos é avaliado como bom.

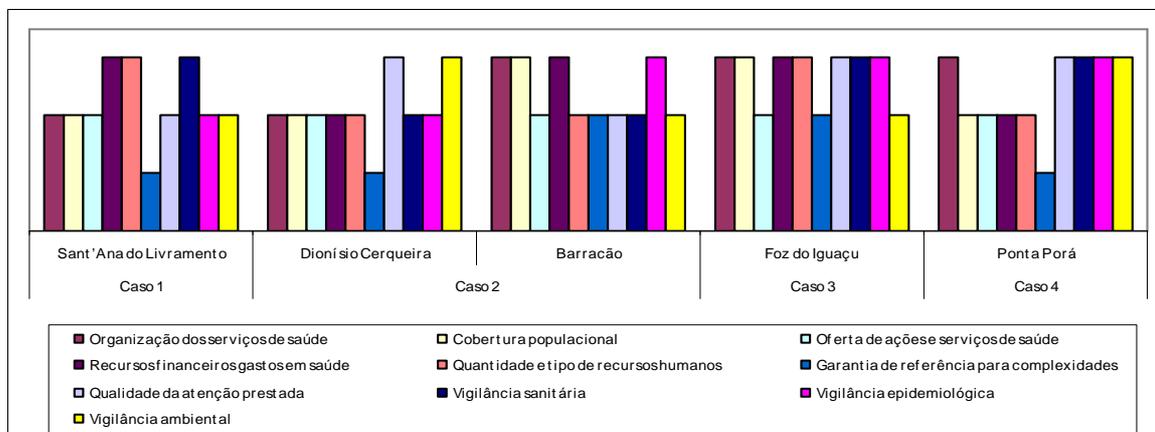
GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO PELO SMS DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO PRÓPRIO MUNICÍPIO



Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

No âmbito regional, as avaliações de tendência regular e ruim dos aspectos de recursos humanos e da referência para ações de saúde de maior complexidade podem indicar a percepção de isolamento territorial nas fronteiras (ver Gráfico 4). A avaliação do funcionamento do sistema de saúde regional espelha em certa medida a organização de redes regionalizadas de serviços de saúde, processo ainda pendente no SUS. Em geral, embora a referência para ações de saúde de maior complexidade fique avaliada como ruim, os aspectos de cobertura, oferta de serviços e recursos humanos tende para regular. Enquanto os recursos financeiros gastos, a qualidade e as vigilâncias tendem para avaliações positivas. É interessante notar a avaliação, em geral, positiva das vigilâncias sanitária e epidemiológica nas cidades fronteiriças estudadas.

GRÁFICO 4 - AVALIAÇÃO PELO SMS DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DO LADO BRASILEIRO.



Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

Os comentários das autoridades sanitárias entrevistadas nas cidades-gêmeas estrangeiras trazem elementos relevantes quanto à avaliação do sistema público de saúde. No Caso 1, na entrevista realizada na Cidade de Rivera, a Diretora Departamental de Saúde considera que as diferenças entre as organizações político administrativas dos países e dos sistemas e serviços de saúde ficam mais evidentes nos limites fronteiriços e que no caso de cidades-gêmeas surgem arranjos, ainda que informais, para superar diferenças face à continuidade da convivência. Como a Cidade de Rivera é a Capital do Departamento de Rivera é também a sede da Diretoria Departamental de Saúde, estrutura desconcentrada do Ministério de Saúde do Uruguay. De acordo com a organização dos serviços de saúde do Uruguay, em cada Departamento existe um hospital central de referência e unidades de atenção primária. A Direção Departamental de Saúde é responsável pela gestão dos programas de saúde do nível central, registro de estabelecimentos de saúde e atenção primária. Além disso, atua junto com a Intendência Municipal na zona rural do Departamento. A fala da autoridade sanitária entrevistada em Rivera resume assim a organização dos serviços de saúde “(...) a nossa realidade é compatível com o Estado do Rio Grande do Sul, estadual e municipal. Em realidade, todo o Uruguay é como se fosse todo o Rio Grande, um pouco menor (...)”. Quando da visita a esta fronteira, o Uruguay iniciava

processo de reforma dos serviços de saúde com ênfase nos aspectos de cobertura, acesso, financiamento e descentralização da gestão.

No Caso 3, as autoridades sanitárias do Departamento de Alto Paraná e da Regional de Saúde do Ministério da Saúde do Paraguai explicaram que a descentralização é um processo recente no País e ocorreu primeiramente em Ciudad del Este. O Ministério da Saúde transferiu pela via convencional recursos humanos, unidades de saúde, infra-estrutura e responsabilidades sanitárias correspondentes, definindo que os recursos arrecadados pela Municipalidade permaneçam na região e que 5% fossem aplicados em saúde. Esta não é a realidade do restante do País, onde a saúde permanece responsabilidade do Ministério da Saúde, compartilhada com o Governo Departamental (governança), que é também o organismo normatizador da saúde. Os serviços de saúde se organizam em regiões sanitárias integradas por um hospital regional, hospitais distritais e serviços de saúde distritais. Conselhos de Saúde Nacional, Regional e Local integrados por vereadores, municipalidade e organismos da sociedade civil e profissionais de saúde estão sendo implantados. A atenção à saúde é fragmentada em vários subsistemas e diversos organismos de natureza governamental e do terceiro setor prestam assistência à saúde, o que ocasiona dificuldades para o Ministério da Saúde controlar dados da atenção à saúde prestada aos cidadãos.

No tocante aos documentos exigidos para ser atendido nos serviços públicos de saúde, em geral, para todas as pessoas que buscam os serviços públicos de saúde tanto nas cidades estrangeiras quanto nas cidades brasileiras são exigidos documentos de identidade e de residência. Com referência a esta questão da documentação, o Município de Foz do Iguaçu tem trabalhado junto com o Consulado Brasileiro, em Ciudad del Este, para cadastrar brasileiros residentes no Paraguai, migrantes ou descendentes, que exercem atividades agrícolas naquele País e retornam ao Brasil quando necessitam serviços de saúde. Muitos não possuem documentação e a maioria não foi contabilizada nos censos populacionais brasileiros, impactando financeiramente o Município no referente aos recursos do SUS de base *per capita* e aqueles calculados para a média e alta complexidade com base populacional.

Nesse contexto, nas entrevistas buscou-se captar qual a opinião do SMS quanto ao direito de atendimento pelo SUS de estrangeiros. Apenas um SMS considera que

todos os estrangeiros têm direito, enquanto para os demais têm direito aqueles que gozam da dupla cidadania ou são residentes no Município. Para a SMS adjunta do Caso 1 é *“complicado residir, se relacionar, viver num espaço, mas não ter direitos! Não é? Por isso uma negativa de ir para o outro lado se tratar, é complicado mesmo! Divide as pessoas!”*. Quando perguntado se efetivamente os estrangeiros são atendidos no SUS, as respostas evidenciam que os atendimentos em casos de emergência estão garantidos, os demais dependem do serviço necessitado. Apenas um SMS considera que independe dos serviços solicitados. Na experiência dos SMS é mais freqüente a busca pelo SUS por parte de brasileiros residentes na cidade-gêmea estrangeira que de estrangeiros residentes na cidade-gêmea estrangeira. Quanto à situação econômica do estrangeiro que busca o SUS, os SMS observam tendência para pessoas pobres ou muito pobres. Em geral, os estudos (OPAS/OMS, 2002) indicam que as regiões fronteiriças tendem aos piores indicadores de saúde e a entrevista com a autoridade sanitária do Uruguai confirma que *“(...) em Rivera 67% do atendimento em saúde é público, porque Rivera é um Departamento pobre”*.

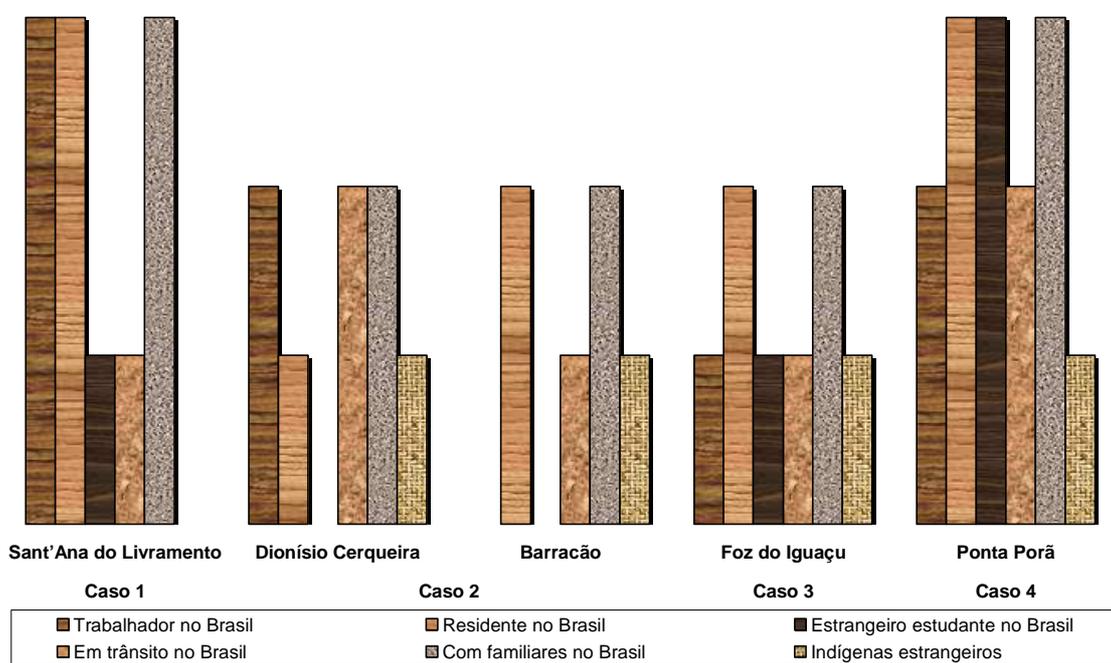
Todos os SMS informam que estabeleceram orientações para os serviços de saúde municipais quanto ao atendimento de estrangeiros, embora comentem que faltam protocolos e orientações por parte do SUS para esse atendimento. Tais orientações seguem os instrumentos regulares para a identificação do usuário, como documento de identidade ou cartão de atendimento e, em geral, envolve a priorização de alguns atendimentos tais como urgência, emergência, gestantes, programas de DST-AIDS e de Saúde Mental. A decisão pelo atendimento de estrangeiros na atenção primária, na opinião da autoridade sanitária uruguaia, para evitar uma corrida de um lado a outro da fronteira *“(..) é uma coisa local que não depende de uma decisão de Brasília ou de Montevideo”*.

III. IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES DEMANDADAS

De modo a caracterizar as ações de saúde demandadas no SUS buscou-se conhecer na percepção do SMS com que freqüência —*muito freqüente, freqüente, pouco freqüente e nunca acontece*— cada categoria de estrangeiro busca atendimento no SUS (ver Gráfico 5). Quanto ao gênero é mais freqüente a busca por parte de mulheres que de homens. A percepção dos SMS é de que os estrangeiros com familiares no Município, seguidos

daqueles que residem no Município são os que buscam o SUS com mais frequência. O perfil de categorias de pessoas que buscam o SUS e as respectivas frequências é indicativo do grau de contato entre as cidades-gêmeas, e pode-se observar que algumas exibem um convívio mais amplo, como aquelas que compõem os Casos 1 e 4.

GRÁFICO 5 - PRINCIPAL OCUPAÇÃO DO ESTRANGEIRO QUE BUSCA ATENDIMENTO NO SUS EM CIDADES-GÊMEAS ESTUDADAS



Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

Na percepção dos SMS vários motivos no país de origem levam o estrangeiro a buscar atendimento no SUS. Todos os SMS escolhem como motivos para tal busca a ausência ou insuficiência de serviços públicos, a proximidade geográfica, a facilidade de transporte, a qualidade da atenção no SUS e a urgência ou gravidade do caso. São ainda mencionados como motivos a demora do atendimento (Dionísio Cerqueira e Foz do Iguaçu), não ter acesso gratuito (Foz do Iguaçu e Ponta Porã), a distância de outros centros (Sant'Ana do Livramento e Dionísio Cerqueira) e a facilidade de ser atendido no SUS (Sant'Ana do Livramento, Dionísio Cerqueira, Barracão e Ponta Porã).

No Caso 2, a autoridade sanitária estrangeira que é Diretor de Hospital comenta que “(...) a metade das famílias daqui tem esposa brasileira e esposo argentino, ou vice-versa, portanto, essa metade tem documentação argentina e brasileira. Então consultam lá ou cá. Temos um exemplo aqui, eu falo de gente que mora aqui há muito tempo. Eles falam bem o português, têm a documentação do Brasil e da Argentina, então eles consultam há muito tempo, não é de agora”.

Já a avaliação dos motivos que levam brasileiros a buscarem serviços de saúde na cidade-gêmea estrangeira não evidencia um consenso entre os SMS. No Caso 1 os motivos reconhecidos são demora do atendimento, urgência e gravidade do caso ou o fato de estar na cidade estrangeira. No Caso 2, ambos os SMS indicam a proximidade geográfica, a facilidade de transporte e de ser atendido como motivos, mas acrescentam ausência ou insuficiência de serviços públicos e de equipamento de ultra-som (Dionísio Cerqueira), e demora no atendimento e urgência ou gravidade (Barracão). No Caso 3 o único motivo indicado é a urgência ou gravidade do caso. No Caso 4 os motivos escolhidos são ausência ou insuficiência de serviços públicos, demora no atendimento, proximidade geográfica, facilidade de transporte e destaca o fato de o setor privado na cidade-gêmea ser mais econômico que no Brasil.

Na percepção do SMS o motivo mais importante para determinar a busca de serviços de saúde na outra cidade-gêmea, tanto no caso de estrangeiros quanto de brasileiros, guarda relações com a avaliação deste serviço feita anteriormente. As causas evidenciam também na saúde, dinâmicas comuns nas fronteiras, de trânsito entre as cidades em busca de facilidades em diversos setores, inclusive serviços públicos (ver Quadro 3).

QUADRO 3 - AVALIAÇÃO PELO SMS DO PRIMEIRO MOTIVO MAIS IMPORTANTE NO PAÍS DE ORIGEM PARA A BUSCA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CIDADE-GÊMEA

1º Motivo da	Cidade brasileira
--------------	-------------------

busca	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	
	Sant'Ana do Livramento	Dionísio Cerqueira	Barracão	Foz do Iguaçu	Ponta Porã
Do estrangeiro ao SUS	Facilidade de ser atendido pelo SUS	Qualidade da atenção à saúde no SUS	Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde	Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde	Não ter direito ao acesso gratuito aos serviços públicos
Do brasileiro aos serviços da cidade estrangeira de fronteira	Demora no atendimento no SUS	Curiosidade em conhecer novo profissional	Proximidade geográfica com a cidade estrangeira de fronteira	Urgência ou gravidade de caso	Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no SUS

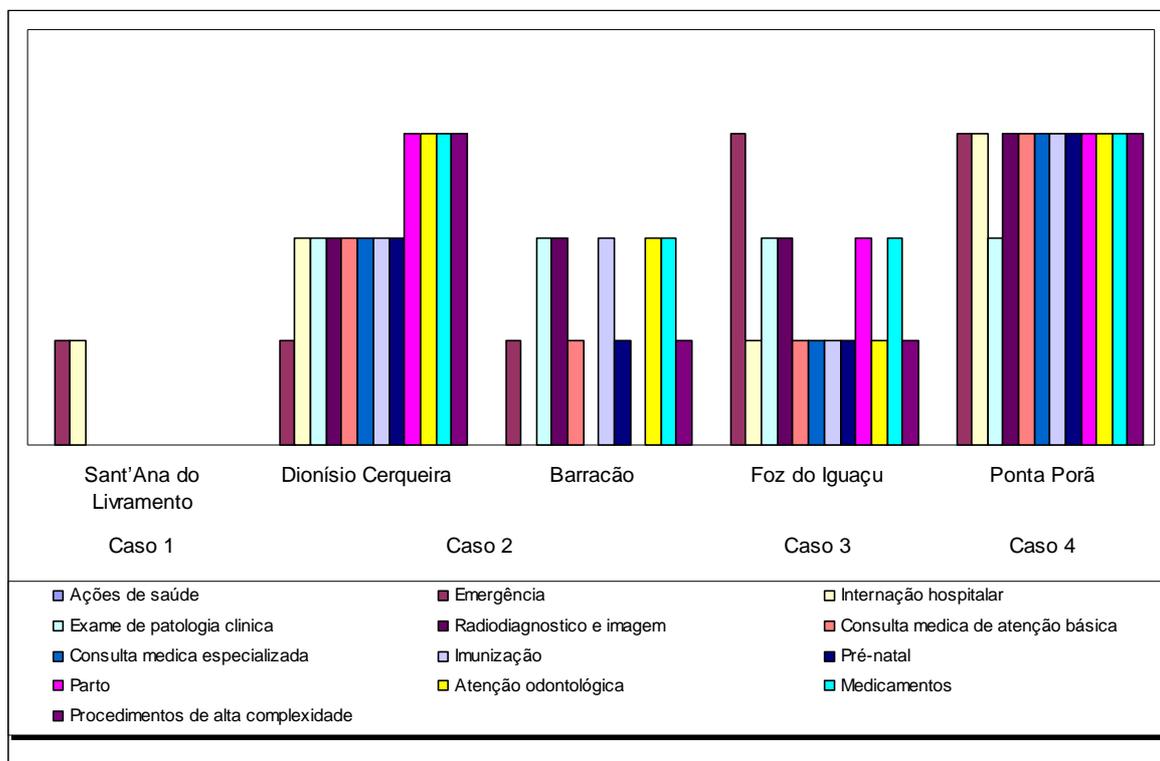
Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

Na entrevista na cidade-gêmea estrangeira do Caso 2 a autoridade sanitária comenta que a diferença de oferta de profissionais de saúde é um determinante da busca de serviços de um lado e outro da fronteira. *“O Brasil tem mais odontólogos que médicos, é uma coisa incrível, boa! Não temos aqui! Nós aqui temos cinco médicos e dois dentistas. Lá tem quatro médicos e cinco dentistas. Então esse é um dos serviços que eles buscam, depois fisioterapia e psicólogos que não temos. Acontece também alguma consulta com o médico que eles gostem, é muito comum”*. No Caso 3, a autoridade sanitária argentina explica que é muito freqüente a busca de paraguaios por serviços de atenção à saúde do lado argentino. O motivo principal mencionado é *“(…) por que aqui é gratuita, a atenção médica é gratuita”*. No Caso 4 a autoridade sanitária paraguaia explica que a busca de serviços de saúde no SUS por mulheres paraguaias, no momento do parto, tem como motivação a possibilidade de obter documentos brasileiros para os filhos, já que do lado paraguaio este atendimento é gratuito. Por outro lado, comenta que existem muitos casos de relações conjugais não legalizadas e as mulheres paraguaias que vivem do lado brasileiro buscam os serviços em Ponta Porã.

Em seguida, buscou-se conhecer quais os serviços e ações de saúde do SUS são prestados aos estrangeiros (ver Gráfico 6). Embora todos os SMS reconheçam a busca por atendimentos no SUS, apenas um Município informa registrar os atendimentos prestados. O registro de atendimento de estrangeiro no SUS é ainda deficiente, pesando para isto tanto fatores organizacionais quanto da dinâmica entre as comunidades. Entre todas as causas podem ser destacadas: a sistemática de confirmação de residência, a falta de campo específico de registro de atendimento ao estrangeiro nos sistemas de

informação e de pagamento, a lógica de financiamento *per capita*, a não expectativa de ressarcimento, a dupla nacionalidade, a existência de famílias bi-nacionais, os vínculos familiares entre as cidades. Além disso, os resultados das percepções dos SMS indicam que as ações de saúde pública são aquelas com maiores dificuldade de identificação do estrangeiro (Caso 1). Nos Municípios onde estão implantados programas de atenção vinculados à comunidade é possível identificar com mais consistência o estrangeiro, residente ou não (Caso 2). Os sistemas de saúde mais complexos, as ofertas de serviços diagnóstico tendem a concentrar o atendimento (Caso 3). E naqueles onde há algum tipo de acordo de reciprocidade entre as cidades, ainda que informal, a identificação da nacionalidade, por não ser uma barreira, é mais evidente (Caso 4). Os resultados indicam que para além das estratégias de organização e financiamento, regulação e barreiras, mecanismos mais solidários podem ser mais potentes para identificar os estrangeiros, residentes ou não, atendidos no SUS. Nestes casos, as relações entre as comunidades das cidades-gêmeas são mais amplas e alguns mecanismo de *burla* aos sistemas de controle não são necessários e a saúde passa a contribuir para oficialização da situação de estrangeiros residentes ou de relações entre casais e dos filhos destes.

GRÁFICO 6 - TIPOS DE AÇÕES DE SAÚDE QUE O ESTRANGEIRO BUSCA NO SUS DE ACORDO COM O SMS



Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL.

Com relação ao atendimento de brasileiros na cidade-gêmea, o SMS catarinense do Caso 2, considera que na Argentina devem ser registrados, pois “*o hospital, apesar de público (auto-gestão) tem autonomia administrativa e cobra de pacientes que ‘podem pagar’*”. Estes atendimentos provavelmente são registrados como de brasileiros”. Em geral, acredita-se que os atendimentos aos brasileiros não causam dificuldades, pois não são freqüentes. O SMS do Caso 1 acredita que as dificuldades sejam semelhantes às do Brasil no caso uruguaio e acrescenta que “*o sistema tem outras diretrizes e diferentes protocolos com relação a nossa realidade*”. O atendimento de brasileiros na cidade-gêmea uruguaia somente é prestado nos casos de urgência e emergência, além de populações prioritárias como gestantes e idosos. Na Argentina, informam que todos são atendidos e no caso de disponibilidade financeira pagam pelos serviços. No Paraguay, em Ciudad del Este são atendidos apenas os brasileiros residentes e as emergências. Em Pedro Juan Caballero todos são atendidos mediante co-pagamento. Apenas no Caso 4 a busca por brasileiros dos serviços de saúde na

cidade-gêmea estrangeira é avaliada como freqüente. Nos demais é avaliada como pouco freqüente. Dois SMS informam que existem orientações nos serviços de saúde estrangeiros quanto ao atendimento de brasileiros. Em geral, os SMS associam o direito ao atendimento nos serviços públicos com a cidadania e a residência.

Nas entrevistas nas cidades-gêmeas estrangeiras a manifestação de uma autoridade sanitária sintetiza a situação de atendimentos de estrangeiros nos sistemas públicos de saúde “(...) *há uruguaios que vivem em Livramento, e há brasileiros que vivem no Uruguay. E vivem perto dos Postos de Saúde e nós os atendemos! Mas eles não existem oficialmente como usuários do sistema uruguaio, nem existe oficialmente como usuários do sistema brasileiro!*”.

IV. FLUXOS ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE

A busca por ações de saúde do outro lado da fronteira poderia indicar ainda algum tipo de relação entre os serviços de saúde das cidades-gêmeas, formal ou informal. Entretanto, segundo a avaliação dos SMS a busca de estrangeiros por serviços do SUS é em geral espontânea, embora nos Casos 3 e 4 os SMS refiram situações de encaminhamento. No Caso 3 estes encaminhamentos são de profissionais de saúde, do Consulado e de organizações da sociedade civil, estrangeiras e brasileiras. O SMS refere que há ainda encaminhamentos de pacientes pelos Prefeitos das cidades-gêmeas. No Caso 4 os encaminhamentos ao SUS originam-se dos serviços de saúde da cidade-gêmea estrangeira, do Consulado e de políticos estrangeiros e brasileiros. Na avaliação da forma de busca da parte de brasileiros pelos serviços de saúde da cidade-gêmea, os SMS consideram que também é espontânea. No Caso 2, o SMS catarinense refere que ocorrem encaminhamentos pelos serviços de saúde e por profissionais de saúde.

As relações, formais ou informais, entre os serviços públicos de saúde das cidades-gêmeas estudadas ainda é incipiente. Prevalecem contatos informais entre profissionais para encaminhar pacientes, trocas de informações epidemiológicas e no caso de doenças de notificação compulsória. São raros casos de ações conjuntas para o controle de vetores e, apenas um município relata acordo para viabilizar atendimentos e ações conjuntas em vigilância ambiental. Inexistem mecanismos formais de encaminhamento entre os serviços de saúde.

Já na perspectiva da cidade-gêmea estrangeira, no Caso 1, a autoridade sanitária uruguaia comenta que os profissionais de saúde oficialmente não trabalham juntos, mas que Projetos Binacionais em desenvolvimento buscam incentivar o trabalho conjunto. A Diretora Departamental de Rivera esclarece que a prioridade é o primeiro nível de atenção e a prevenção. Nas entrevistas foi ressaltado de ambos os lados o déficit legislativo para contemplar situações cotidianas nas fronteiras. Um fato destacado no Caso 1 é a questão do trânsito de profissionais de saúde e de veículos oficiais entre as duas cidades, inclusive de ambulâncias, pois o profissional de saúde, mesmo prestando o primeiro atendimento no Uruguai, não pode acompanhar o atendimento do paciente nas unidades do SUS.

A entrevista em Rivera ilustra uma perspectiva histórico-social da convivência entre dois sistemas de saúde distintos nas cidades-gêmeas. *“Tem uma parte filosófica, ideológica e política que nós defendemos no governo atual que toda a população seja tratada da mesma forma, então, estamos engajados nas mudanças do modelo assistencial. (...) Mas, dada à história da saúde no Uruguai e a importância que teve esse sistema solidário, mutuário, durante muitos anos, não podíamos simplesmente apagá-lo”*.

No Caso 2, embora a articulação em saúde seja recente, as autoridades sanitárias da cidade-gêmea estrangeira mencionam os impedimentos legais. *“Nós já estamos preparados para ação conjunta! Sabemos que até agora é ilegal para nós, mas vamos trabalhar, porque nossa legislação vai muito devagar! (...) Tem muitos mercados ambulantes e os do MERCOSUL que passam por aqui. A nova Aduana, lá embaixo, é a via de acesso e a partir de janeiro vão passar dois mil a três mil caminhões por dia. (...) E nós já estamos preparados mesmo sabendo que ainda estaremos ilegais para nossos Bombeiros e Ambulância entrarem no Brasil, ou os de lá entrarem para cá. Tanto faz, mas e se acontece uma catástrofe? Não podemos esperar mais cem anos!”*.

Os entraves legais de contratação de serviços do outro lado da fronteira tanto pelas autoridades sanitárias brasileiras quanto pelas argentinas repercutem com mais intensidade quando as comunidades são pequenas em separado, mas em conjunto comportam serviços especializados. No Caso 2, a autoridade sanitária argentina

entrevistada informa que as três cidades têm como meta planejar a oferta de serviços de modo complementar. *“Isso quer dizer que o objetivo é que não tenhamos dois serviços iguais dos dois lados, uma coisa diferente aqui e ele outra diferente lá para que possamos fazer a permuta”*. Querem constituir o que denominam de *zona franca de saúde*. Entretanto, a autoridade sanitária argentina comenta sobre as limitações legais e político-institucionais que a *“(...) decisão tem que ser dos Presidentes, ou através de suas Embaixadas, para que aqui tenha uma administração especial que assegure a circulação do paciente em todas as direções”*.

No Caso 4, a autoridade sanitária entrevistada confirma a existência de relações informais *“(...) não existe um acordo firmado, não. Nada ainda. Por isto estamos fazendo reuniões para chegar a algo mais oficial. (...) por exemplo que o lado brasileiro facilite tomografias que necessitamos aqui. E nós em troca a isto poderíamos dar atenção que não possam oferecer, por exemplo, de ginecologia.”* Confirma que há procura no setor privado que é mais barato que no lado brasileiro, além disso, muitos profissionais estudaram no Brasil. Comenta sobre a não diferença no atendimento de pessoas do Brasil, inclusive quanto ao pagamento pelos serviços, e acrescenta que *(...) quando no Brasil houve greves, inclusive prolongadas, toda a atenção de Ponta Porã nós absorvemos (...)*.

V. ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADAS ÀS QUESTÕES DE SAÚDE NA FRONTEIRA

Para conhecer as estratégias dos governos das cidades-gêmeas para temas relacionados à saúde na fronteira, buscamos compreender quais os tipos de dificuldades os SMS identificavam em decorrência do atendimento de estrangeiros no SUS. Há consenso de que a busca de estrangeiros por atendimentos no SUS causa dificuldades na oferta de ações e nos serviços de saúde. Dificuldades relacionadas ao financiamento das ações de saúde e para a referência regional apenas não são escolhidas no Caso 1 e no Caso 3, respectivamente. A continuidade do tratamento no país de origem não é uma dificuldade no Caso 2, embora seja em todos os demais. A qualidade da atenção prestada é uma dificuldade no Caso 4 e para o Município catarinense do Caso 2. Outras dificuldades foram acrescentadas no Caso 2: a falta de relacionamento entre as

autoridades para melhorar o MERCOSUL (Dionísio Cerqueira) e dificuldade financeira para a garantia do acesso (Barracão). O SMS do Caso 3 inclui a dificuldade de adesão ao tratamento no caso da AIDS e da tuberculose, e o do Caso 4 acrescenta que o atendimento de estrangeiros pode causar “*prejuízo por substituição do sistema de saúde do Paraguay*”.

Cada SMS indicou a principal dificuldade com relação ao atendimento de estrangeiro no SUS: a não existência de protocolos ou orientações, aumento de demanda frente a recursos insuficientes, financiamento e política e financeira frente às campanhas eleitorais.

Todos os SMS referem que existe alguma iniciativa de saúde no Município relacionada com a situação de fronteira. São comuns seminários e reuniões entre os Municípios, campanhas, capacitação, entre outras. Os SMS destacam como principais atividades a realização da Conferência de Integração em Saúde das Cidades de Sant’Ana do Livramento e Rivera. Esta iniciativa traz para o Uruguay a perspectiva de começar a trabalhar espaços para a participação comunitária na saúde o que não existia. No Caso 1 a autoridade da cidade-gêmea estrangeira enfatiza a importância do Comitê Binacional de Saúde para o planejamento de

“(...) uma Política de Saúde das duas cidades, porque, por exemplo, nós aqui tivemos uma epidemia de hepatite e se decidiu pela vacinação da hepatite e fizemos a vacinação em Rivera. Em Sant’Ana ela foi feita dois meses depois. Então, a epidemia estava nas duas cidades e a vacinação foi feita em diferentes datas. Se há um Comitê de Saúde, vamos pleitear que numa ocorrência dessas a vacinação seja feita no mesmo dia. Uma coisa que é local e não temos que perguntar a Brasília. Outro tema é que na vacinação nós temos diferenças (...). Temos um calendário de vacinação diferente. Então, o que acontece, o menino nasce em Livramento, começa seu esquema de vacinação aí, quando vem para cá a enfermeira não o vacina, porque ele começou a ser vacinado diferente. Temos então, que sentar e planejar um cartão com um novo calendário de vacinação. (...) Controlar as nossas prostitutas de uma maneira e o Brasil não controlar. Elas ficam de um lado e de outro. Nós temos um carnê de controle do Hospital que é obrigatório, porque no Uruguay a prostituição é legal. E no Brasil não é! Então, a prostituta para ter sua profissão controlada ela tem que ter esse carnê de controle do Hospital, tem o registro de todas as doenças, se a Polícia pedir a prostituta tem que ter em mãos e em dia. Mas se tem a brasileira fazendo a prostituição aqui, não tem controle. Muitas brasileiras fazem o controle de Saúde em nossos Hospitais, para ter o carnê, porque elas precisam dele”.

No Caso 2 são destacados Encontro de Saúde, Congresso de Odontologia e Fórum de Saúde Mental e de Direitos dos Portadores de Necessidades Especiais e Calendário Único de Vacinação entre Dionísio Cerqueira, Bernardo de Irigoyen e

Barracão, além do funcionamento do Laboratório de Fronteira. Reuniões entre Secretários de Saúde, Grupo de Trabalho Itaipu Saúde, troca de informações em vigilância epidemiológica, campanhas, Comitê de Fronteira e Comitê relacionado à Dengue entre Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazu são os destaques do Caso 3. Atendimento de paraguaios no saúde da família, programas de DST-AIDS, CAPS e de Vacinas é referido no Caso 4.

Os SMS citam diversas iniciativas em saúde com a cidade-gêmea, em geral, informais ou baseadas em acordos locais de natureza política. As atividades mencionadas podem ser apresentadas como pertencentes a cinco campos: articulação, eventos, capacitação, vigilância e assistenciais (ver Quadro 4). São mais freqüentes ações nos três primeiros campos envolvendo grupos de trabalho comissões, troca de informações, financiamento conjunto de encontros e atividades temáticas e realização de modalidades de capacitação e formação em conjunto. A assistência fica restrita ao laboratório de fronteira (Caso 2) e às campanhas e aos programas de saúde (Casos 3 e 4). Isto em parte reflete a limitada capacidade dos entes subnacionais na discussão internacional, mas demonstra o interesse em superar tal limitação mediante a *paradiplomacia*.

QUADRO 4 - INICIATIVAS EM SAÚDE RELACIONADAS À SITUAÇÃO DE FRONTEIRA PELAS CIDADES-GÊMEAS

Iniciativas	Cidade brasileira				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	
	Sant' Ana do Livramento	Dionísio Cerqueira	Barracão	Foz do Iguaçu	Ponta Porã
Articulação	Comitê Binacional de Saúde na Fronteira	Conselho Internacional de Saúde	Troca de informações	GT Itaipu Saúde Comitê de Saúde na Fronteira	Grupo de Vereadores
Eventos	Financiamento conjunto	Financiamento conjunto	Financiamento conjunto Congressos		
Capacitação		Curso de Enfermagem Curso Técnico de Higiene Dental	Curso de Tutores de EAD/Ensp	GT Itaipu Saúde	Cursos sobre agravos comuns
Vigilância	Dengue e DST/Aids			Área hospitalar	
Assistenciais		Apoio diagnóstico Laboratório de Fronteira			Programas de saúde

Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da *Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul*.

Ao solicitar ao SMS que indique áreas para acordos bilaterais em saúde os principais campos referidos são a assistência e os recursos humanos, exibindo coerência com a avaliação anterior dos sistemas de saúde fronteiriços. Os SMS manifestam o interesse em pode negociar localmente as necessidades assistenciais e de recursos humanos de forma complementar e autônoma fortalecendo as relações territoriais entre os sistemas de saúde de dos países (ver Quadro 5).

QUADRO 5 - ÁREAS DE NECESSIDADES DE ACORDOS BILATERAIS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO SMS

Iniciativas	Cidade brasileira				
	Caso 1	Caso 2		Caso 3	Caso 4
	Sant'Ana do Livramento	Dionísio Cerqueira	Barracão	Foz do Iguaçu	Ponta Porã
Assistência	Atenção básica Internações hospitalares	Compromisso de atendimento bilateral em exames diagnósticos Calendário único de imunizações	Campanhas educativas	Protocolo para atendimento de estrangeiro	Pediatria e saúde mental Fornecimento de insumos
Recursos humanos	Intercâmbio e contratação de profissionais		Formação	Formação	
Outros		Vigilância epidemiológica	Financiamento das ações	Política de saúde Financeiro	Registro de nascimento de brasileiros no exterior Gestão binacional da saúde

Fonte: Elaboração própria com base no Banco de Dados da *Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul*.

No Caso 4 a autoridade sanitária do Paraguai entrevistada comenta que deveria ser implantada de forma definitiva a identificação de cidadãos fronteiriços e, em consequência, existir a possibilidade de recebimento de atenção à saúde em ambos os lados. Além disso, reforça a necessidade de trabalho conjunto em temas de epidemiologia e controle de doenças, o intercâmbio de informações em atenção primária e a capacitação conjunta de profissionais de saúde.

Os SMS foram convidados a opinar sobre as repercussões do MERCOSUL em relação à saúde no Município. O aspecto ressaltado é o incremento do volume do comércio, negócios, transportes de carga e trânsito de pessoas que é associado ao aumento da veiculação de doenças, da AIDS e da prostituição de menores e do aumento de pessoas em trânsito que demandam serviços de saúde. O SMS do Caso 4 resume assim “*abriu a fronteira financeira e deixou as demais fechadas*”. Solicitados a destacar a repercussão positiva mais importante os SMS do Caso 2 referem o Ponto Integrado de Fronteira e à troca de informações em saúde entre os dois Países. Com relação à repercussão negativa mais importante três SMS destacam: passagem de

população em trânsito, veiculação de doenças que não existiam ou eram pouco comuns como DST/AIDS, da prostituição e o fluxo desordenado. Os SMS sabem da existência de grupos de trabalho no MERCOSUL que tratam de saúde tais como Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11 Saúde) e Comissões de Saúde, mas avaliam que estes não conseguem efetivar uma política, e permanecem tratando de temas macro. Perguntados se tiveram acesso a documentos ou acordos entre Países no âmbito do MERCOSUL mencionam documentos de sugestões de pactuação para compensação de atendimentos e cartas de intenções. As políticas de saúde voltadas para a fronteira mencionadas pelos SMS foram: saúde na estrada, campanha ibero-americana de vacinação e o SIS-Fronteiras. A autoridade sanitária entrevistada de Rivera manifesta que na Conferência Binacional de Saúde realizada pelas cidades-gêmeas “(...) *apareceram diferenças entre o que eles elaboram em nível de Brasília e Montevideo e a realidade local. O que se propõe para fazer para a integração, muitas vezes já está feito, porque já fizemos coisas em conjunto*”.

Sobre o atendimento no SUS de estrangeiros residentes no município brasileiro, os SMS têm opinião convergente mencionando questões de saúde pública, a própria universalidade e a reciprocidade entre as cidades. Ainda que mencionem dificuldades para isto tais como *per capita* ambulatorial, apresentam soluções como um cartão magnético único. Sobre o atendimento no SUS de residentes na cidade-gêmea estrangeira, estrangeiros ou brasileiros, também há consenso com relação ao atendimento universal. O SMS do Caso 3 comenta “*Região de fronteira é igual à região sanitária, independe da nacionalidade. A não integração é um complicador no sistema único de fronteira*”.

Os principais problemas relacionados à saúde na região de fronteira citados pelos SMS se relacionam aos recursos disponíveis, aos agravos, as políticas específicas e ao isolamento. Quanto aos recursos assistenciais os problemas mencionados são a descentralização insuficiente, a falta de hospitais e de especialistas, a insuficiência da média e alta complexidade. Os recursos financeiros são insuficientes para o contingente maior que o municipal, com relação aos recursos humanos a não autorização de exercício profissional de estrangeiro é um problema, assim como a falta de informação sobre os estrangeiros residentes dos dois lados e do número de atendimentos prestados a

estes. Além disso, o não reconhecimento do direito da população fronteiriça como usuária do SUS, a falta de política de saúde e programa de saúde específico e eficiente para a população de fronteira, e a restrição de compra de serviços em outro país e de trânsito de veículos oficiais entre os Países. Soma-se a estes o isolamento dos municípios em relação aos centros urbanos brasileiros que possibilitam referência e contato. São múltiplos os atores com participação nos fóruns ou grupo que discutem temas de saúde nas fronteiras estudadas. Estão presentes os SMS, as autoridades sanitárias da cidade vizinha, os conselhos de saúde. Em seguida a SES, o MS e as Universidades.

Nas fronteiras com o Paraguay os SMS informam que existem profissionais de saúde estrangeiros atuando no SUS de nacionalidade argentina e paraguaia, médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais. Na fronteira com o Uruguay e com o Paraguay existem profissionais de saúde estrangeiros atuando no setor privado, médicos e enfermeiros. Tais profissionais têm a situação profissional regularizada junto aos conselhos respectivos.

Segundo os SMS os estrangeiros buscam o setor privado de saúde brasileiro com muita frequência nos casos com o Paraguay e com frequência no demais. No Caso 4, brasileiros buscam com muita frequência o setor privado na cidade-gêmea estrangeira e com pouca frequência nas demais.

VI. A VISÃO DOS SES

Os SES dos quatro Estados fronteiriços do MERCOSUL foram entrevistados com roteiro semi-estruturado onde se buscou captar a percepção e avaliação deste ator quanto à saúde na fronteira e repercussões da integração na saúde. No Caso 1 o SES entende que a questão das fronteiras é um fato de discussão recente. No Estado do Rio Grande do Sul a recomendação é de que todos os estrangeiros sejam atendidos, entretanto, as informações dos atendimentos realizados aos estrangeiros não estão completas, pois ainda que os pacientes informem nome e endereço, é comum a dupla nacionalidade. Este pode ser um fator na crise por que passam os hospitais de fronteira do Estado. Com relação ao atendimento de referência destaca a área de transplantes cujas regras se

vinculam à cidadania. Considera que é importante reunião com os países da fronteira para discutir o atendimento de referência e acordar aspectos de financiamento aplicáveis a toda a faixa da fronteira, como se fosse um único sistema, financiado, organizado e planejado em conjunto. Em relação ao SUS, opina que devido à abrangência, à garantia de medicamentos e à universalidade, ao lado da qualidade dos serviços e da rede de oferta, tende a sofrer pressão por atendimento. Com relação aos profissionais de saúde, entende que é necessário um padrão de qualificação de ambos lados da fronteira, único e acordado, para que ao contemplar tais critérios o profissional possa circular e trabalhar nos dois lados.

Com relação ao MERCOSUL entende que necessita avançar na estrutura legal e comercial, ampliar para outros países e ser uma modalidade de integração das Américas. A integração deve-se incluir, na opinião do SES, a discussão de um sistema de saúde único que cada país implantaria para ir se integrando. E destaca que o problema da população pobre migrante deverá receber tratamento ordenado. Com relação a uma pauta de discussão de saúde no MERCOSUL, além do controle de endemias e integração de ações de vigilância sanitária, considera que “(...) começaria com a definição das referências e contra-referências, a unificação dos serviços na faixa de fronteira, usar o SUS como modelo, porque o SUS é um modelo mais avançado do que os sistemas de saúde dos países vizinhos. É a proposta mais avançada em termos de garantias de direitos, de universalidade, integralidade do atendimento. Ele é talvez das propostas mais avançadas do mundo!” Observa, contudo, que este tema ainda não está na pauta de prioridades dos Estados brasileiros, das Secretarias de Estado da Saúde, embora tenha importância e reflexos no atendimento o impacto não é muito grande mas é bastante diverso. Por isto, não é um assunto que unifique preocupações em um debate no Conselho de Secretários de Saúde. Refere-se ao Programa SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde e entende que a esfera federal tem papel de condução, pois “as questões de saúde exigem soluções urgente e ações integradas”.

Na entrevista no Caso 2, a SES de Santa Catarina inicia destacando que as fronteiras são regiões menos favorecidas no Estado. Os Municípios fronteiriços atendem estrangeiros em consultas, entregam medicamentos e realizam exames, em decorrência da universalidade do SUS e da localização. Entretanto, considera que é necessário melhor diagnóstico da situação, já que as cidades estrangeiras de fronteira

também mencionam prestar assistência aos brasileiros. A SES ressalta iniciativas de diálogo entre os Estados brasileiros e as Províncias da Argentina com relação à saúde, contudo sem esclarecer como seria esta relação, como se daria o financiamento e como poderiam ser aproveitados os recursos humanos existentes em ambos os lados da fronteira. Avalia que embora exista esforço de diálogo, permanecem como protocolos de intenções que esbarram em questões de direito internacional e na falta de acordos internacionais. Neste contexto, o surgimento do Programa SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde gerou expectativa de que a partir daí poderiam se estabelecer tais relações, e que os diagnósticos das fronteiras indicariam diretrizes de trabalho em saúde naquelas regiões. Lembra o Laboratório de Fronteira no Caso 2 como experiência bem sucedida de articulação na fronteira que alcançou otimizar recursos humanos, equipamentos e materiais para ampliar a oferta de serviços fronteiriços de forma cooperada. Para a SES a questão das fronteiras *“(...) tem que estar dentro do Plano Estadual de Saúde, mesmo que a ação não seja executada pela Secretaria de Estado ou pelo Município. E estamos discutindo fronteiras com outro país, mas temos fronteiras estaduais que também precisamos enfrentar”*. Há acordo para atendimento aos turistas no SUS, mas persistem problemas quando tal atendimento é buscado. As dificuldades são mencionadas também por turistas brasileiros ao não conseguirem acessar os serviços de saúde.

Com relação ao MERCOSUL, entende que é preciso avançar na formalização de relações nos campos da política de imunização, vigilância epidemiológica, controle de vetores, vigilância sanitária, assistência e co-financiamento. Considera importante sair da informalidade e reconhecer os serviços prestados de um lado e de outro e, além disso, intercambiar disponibilidades e ofertas de forma acordada, decorrente de cadastro e co-financiamento. Complementa afirmando que *“(...) precisamos consolidar essa política de saúde das fronteiras como uma política de saúde enfrentada pelas três esferas de governo. Se essa política tiver que ser co-financiada pelas três esferas, que seja, mas isso tem que ficar claro”*. A SES comenta sobre as diferenças entre os sistemas de saúde no MERCOSUL e acredita que o avanço deverá acontecer no que for comum aos diferentes lados. Não advoga que o *“(...) outro país assuma a nossa política de saúde, assim como nós não vamos assumir a política de saúde deles. Então, temos questões de políticas específicas de cada país, além das questões comuns de atendimento à população. Independentemente de serem brasileiros casados, como*

agora também existem argentinos, que têm filhos das duas terras, residindo lá. É preciso pegar alguns eixos no que se refere às políticas de saúde. É necessário fortalecer as questões epidemiológica, sanitária e da assistência. E não adianta dizer que vamos modificar os sistemas dos dois países, pois isso não vai acontecer. Temos que pegar as diferenças e, dentro das diferenças, trabalhar com o que é comum”.

Nos Casos 2 e 3 existem Municípios do Estado do Paraná, a ampla fronteira na opinião do SES faz parte dos problemas e dificuldades relacionados à saúde do Estado. Destaca a falta de integração entre políticas brasileiras com as dos países fronteiriços, tanto dos Municípios quanto dos Estados. Os Municípios criaram na informalidade relações entre os sistemas de saúde, a experiência de formalização no caso do Paraná veio com o Grupo de Trabalho Itaipu Saúde. As diferenças entre a organização dos sistemas de saúde é perceptível nas relações fronteiriças e determina o tipo de ação buscada no SUS. Na Argentina percebe uma falta de homogeneidade no sistema de saúde com falta de conexão entre a média e a alta complexidade com a atenção básica o que leva à busca do SUS. No Paraguai observa que existe deficiência na atenção básica e nas políticas de saúde pública. São frequentes a busca na área obstetrícia, pré-natal e parto, trauma e exames complementares, alta complexidade, oncologia e cardiologia. A orientação quanto ao atendimento ao estrangeiro é de prestar o atendimento de urgência e emergência àqueles com residência comprovada no Brasil, mas aqueles que não cumprem tais requisitos e procuram o SUS são atendidos. O SES acredita que em Grupos de Trabalhos seria possível avançar em soluções, inclusive considerando a estimativa de 300 mil brasileiros vivem no Paraguai, o quê é uma questão delicada, mantida em pouca evidência e, neste sentido, é importante a participação dos Consulados. No tocante a circulação de profissionais de saúde considera que falta regulamentação para possibilitar o exercício profissional em outro país de fronteira, embora entenda que é necessário que o profissional conheça o “(...) o funcionamento do nosso Sistema Único de Saúde.” Como pontos de uma agenda comum regional o SES indica: atenção básica, fluxo de pacientes, financiamento, doenças endêmicas.

Quanto ao MERCOSUL, o SES entende que é preciso avançar na questão social que é um problema comum. *“E a partir do momento em que tenhamos um avanço na questão entre os países na área social, especificamente na saúde pública, podemos*

citar também outras áreas: precisamos ter políticas próximas também nas questões de educação e combate à miséria. (...) Ou seja, não podemos dissociar a questão social do Mercosul da questão econômica, porque os problemas são comuns e interligados. Há uma franja entre os problemas sociais do Brasil, da Argentina e do Paraguai na fronteira e teremos que enfrentar esses problemas em parceria". Embora a cooperação no enfrentamento de enfermidades seja um aspecto importante do MERCOSUL, observa que precisa ser equacionado o problema do financiamento que não está presente apenas nas fronteiras internacionais, mas também nas internas. Embora valorize o aspecto financeiro e aponte para uma câmara de financiamento, reconhece as discrepâncias econômicas entre os países e ressalta a individualidade de cada País na saúde pública. *"Não podemos imaginar um SUS no Paraguai ou na Argentina, porém podemos imaginar que na região da fronteira tenhamos um SUS Brasil e Paraguai ou um SUS Argentina e Brasil limitado àquela realidade. Porque a realidade da fronteira é muito distinta da realidade de outras regiões do país. Acredito que pode se avançar a partir do momento em que se levanta essa questão. Um exemplo claro disso é a Itaipu Binacional, em que o Paraguai tem uma realidade e o Brasil tem outra, mas na região da fronteira há interesses em comum e acordos binacionais para o funcionamento de Itaipu. Nós podemos, sim, ter acordos binacionais para a área da saúde na região da fronteira."* Como desafios a enfrentar nas fronteiras menciona: doenças endêmicas, levantamento das populações que circulam nas fronteiras e dos atendimentos em saúde e, discussão do financiamento, com acompanhamento do Ministério da Saúde e do Programa do SIS-Fronteiras algo como uma *"bipartite fronteira"*. Com relação ao Programa SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde o SES considera um resgate da questão fronteira e da saúde para brasileiros que vivem nas fronteiras de um lado e de outro. O Estado tem papel fundamental na discussão de fronteira, pois a ele cabe *"(...) tomar iniciativas de acordo com o seu parque instalado e a sua possibilidade e de trazer iniciativas de saúde ao Ministério. (...) A questão de saúde entre os países é algo inovador e deve ser trabalhado"*.

No Caso 4, o SES comenta que as implicações de estar na fronteira para a saúde é, principalmente, com relação ao atendimento de estrangeiros nos Municípios fronteiraços o que gera impactos financeiros e organizacionais, considerando que o atendimento é obrigatório em casos de urgência e emergência. Nas cidades-gêmeas há

muitas relações entre as populações e os atendimentos terminam extrapolando estes campos, e no caso de nascimentos levam à dupla cidadania. Neste sentido, entende que a questão da saúde deveria ser mais discutida no MERCOSUL. Ressalta, entretanto, que não existem relações formais entre os governos nas fronteiras, pois devem ocorrer via Ministério de Relações Exteriores. Existe, contudo, tratados em vigilância e acordos entre os países e encaminhamento informal de pacientes do ambulatório para o hospital. Estes carecem de formalidade, embora várias tentativas já tenham sido feitas “(...) *a conversa não fluía para uma operacionalização efetiva*”. As populações vizinhas buscam, principalmente, exames laboratoriais, consultas, procedimentos de alta complexidade, como oncologia e ortopedia. Na avaliação do SES esta busca tem a ver com a não integralidade e a não gratuidade de todos os serviços de saúde do outro lado da fronteira e aos bons serviços do SUS. O atendimento aos estrangeiros acaba não sendo feito com recursos federais, mas a auditoria não tem aceitado o pagamento pelo Estado em muitos casos. Foi feito acordo com o Ministério Público, com a participação da Polícia Federal e da SES, para atender apenas urgência e emergência. Com relação à circulação de profissionais de saúde entende que falta mais flexibilidade do governo brasileiro para aceitar aqueles de nacionalidade estrangeira, ao lado do forte controle dos conselhos profissionais.

Com relação ao MERCOSUL considera que a integração é importante, mas faltam informações com relação as ações de saúde. As relações nas fronteiras são amistosas e os estrangeiros percebem que têm acesso aos serviços de saúde. Além disso, “(...) *os paraguaios compram no Brasil e pagam impostos no Brasil. Não se pode separar saúde da integração. Há uma integração muito grande e não podemos perder isso. Isso é nossa cultura*”. O SUS pode ser um modelo para os outros países. O SES avalia que os interlocutores com os quais conversa sobre saúde nas fronteiras têm percepções muito distintas e não há um espaço para ajustá-las. Como pontos de uma agenda MERCOSUL destaca o financiamento para o atendimento na fronteira, políticas de saúde preventivas e realização conjunta de ações mediante trocas. “*Se começar com isso, surte mais efeito do que pegar dinheiro para pagar no resultado final da doença*”. O primeiro passo para fazer alguma coisa é o Programa SIS-Fronteiras do Ministério da Saúde que está obtendo diagnóstico, mas “(...) *o papel do Estado é de coordenador, regulador, controlador das ações feitas nas fronteiras. É um papel muito importante*

para permitir que as políticas sejam mais regionais e menos paroquiais”. Os Conselhos e as Câmaras de Vereadores devem participar desta discussão. Nas fronteiras “(...) o outro está ali, como eles estão ali, indo de um lado para o outro. O brasileiro faz compras no Paraguai, o paraguaio vem para cá buscar atendimento para o filho. É difícil, eu vou ter cara de levantar a voz para essa pessoa que vem para cá com o filho?”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de cidades-gêmeas buscou observar interações entre as políticas, os sistemas e serviços de saúde nos limites fronteiriços dos Países do MERCOSUL. Tendo por pressuposto de que nas fronteiras as paisagens são variadas e multiplicidades de contextos conformam relações muito particulares, de afastamento e de aproximação, entre as comunidades, considera-se que os resultados dos quatro Casos contribuem, (sem a pretensão de dar conta de toda a realidade), para a compreensão e análise de repercussões na saúde de processos de integração econômica regional. A dinâmica da *fronteira viva* das cidades-gêmeas estudadas ao lado de lançar desafios para a gestão de políticas e sistemas de saúde de cada País aponta aspectos a serem abordados na integração econômica regional no tocante aos fundamentos das políticas públicas, proteção dos direitos e à participação e autonomia dos entes subnacionais.

O MERCOSUL como processo de integração regional entre países almeja reduzir gradualmente a descontinuidade da vida econômica e social, inclusive nas fronteiras, aumentando intercâmbios e fluxos com vistas a melhorar condições internas e de negociação no âmbito internacional. As cidades-gêmeas estudadas são territórios onde os limites nacionais se evidenciam e diluem em múltiplas trocas e relações, anteriores e, em certa medida, paralelas aos avanços da integração econômica regional no MERCOSUL. A saúde é, por sua vez, observatório destas interações que se manifestam nas condições de acesso e nas demandas por ações e serviços, nos fluxos entre os serviços e nas iniciativas locais sobre saúde na fronteira. Na intensidade e cotidianidade das relações nas cidades-gêmeas e frente às diferenças entre os sistemas e políticas de saúde observa-se uma dupla extensão: de direitos por parte dos cidadãos que buscam espontaneamente serviços e ações de saúde e, de ação por parte dos governos locais na

implementação de iniciativas, formais ou informais, de articulação e cooperação em saúde.

Com base nos resultados desse estudo pode-se afirmar que a gestão da saúde devido à localização no território de fronteira, enfrenta dificuldades adicionais para o planejamento, a organização e o financiamento das ações, devido tanto à população flutuante quanto às diferenças de acesso e cobertura entre os sistemas. A intensidade destas dificuldades, bem como a forma de enfrentá-las, é distinta para cada País e Cidade e se relaciona diretamente com os desenhos das políticas de saúde e modelos de atenção. Entretanto, independentemente do formato do sistema de saúde em todos os Casos estudados foram mencionadas repercussões da localização na fronteira, da convivência entre sistemas de saúde distintos e do MERCOSUL. Em todas as cidades-gêmeas estudadas encontrou-se algum tipo de iniciativa de cooperação em saúde, mais ou menos formalizada.

De forma resumida, na visão dos gestores do SUS nas cidades-gêmeas vive-se intenso fluxo de pessoas —trabalhadores, familiares e estudantes—, insuficiência de recursos humanos e dificuldades para garantir a referência para ações de saúde de maior complexidade. Com nuances relacionados às características de cada País e, no caso do SUS resultantes da regionalização da saúde ainda incipiente, tais fenômenos contribuem para a sensação de isolamento naquelas regiões. Mesmo assim, as relações entre os sistemas de saúde fronteiriços são esporádicas e de baixa institucionalidade, inexistem protocolos para o atendimento desta população e os registros são precários. No SUS a busca de ações e serviços de saúde por estrangeiros é muito freqüente, ocorre de forma espontânea e, predominantemente, por cidadãos pobres ou muito pobres. São determinantes desta busca os vínculos familiares, a ausência ou insuficiência, a proximidade e a qualidade dos serviços. Nas fronteiras embora o atendimento de emergência esteja garantido, a implantação crescente de sistemáticas de regulação e controle no SUS está criando barreiras de acesso por estrangeiros, vinculando o direito à saúde à cidadania e à residência. Outra questão importante nas fronteiras é a busca do SUS por brasileiros residentes nas cidades-gêmeas estrangeiras demonstrando que ao viver e produzir em outra cidade o cidadão brasileiro não abre mão dos direitos de cidadania seus e de seus descendentes voltando a buscar o SUS.

Frente àquela realidade, os governos locais desenvolvem diversificadas iniciativas de cooperação conjunta com resultados expressivos, embora ainda com baixa formalidade em decorrência de limitada capacidade dos entes subnacionais no âmbito internacional. Uma pauta de temas de interesse para acordos em saúde entre os Países do MERCOSUL se delinea nas áreas de atenção primária, campanhas educativas, protocolos de atenção, intercâmbio de informações e formação conjunta e permanente de profissionais de saúde. Os gestores locais reivindicam mais autonomia para decidir, acordar, planejar e executar ações de saúde com os parceiros das cidades estrangeiras vizinhas. As autoridades sanitárias estrangeiras, em geral, compartilham tais percepções.

Os gestores estaduais do SUS ressaltam que a discussão de saúde na fronteira ainda é recente, contudo problematizam diferenças entre os sistemas de saúde dos Países do MERCOSUL relevando a necessidade de estratégias particulares. Destacam que alguns dos dilemas presentes na situação fronteiriça internacional são complexos e permanecem pendentes mesmo no interior do SUS, nas fronteiras entre os Estados brasileiros. Reconhecem a limitada atuação de Estados e Municípios em âmbito internacional e a relevância dos grupos de trabalho locais para a solução de problemas comuns. Frente à reciprocidade do atendimento de brasileiros pelas cidades estrangeiras, sugerem a formalização de acordos no MERCOSUL.

A análise do panorama aqui apresentado quanto às relações e repercussões da integração econômica regional na saúde possibilita algumas constatações. Observa-se como resultante da convivência entre sistemas de saúde distintos a tentativa dupla de extensão. De uma parte, pessoas que buscam de forma espontânea, do outro lado da fronteira, ter acesso a ações e serviços com a expectativa de ampliar os direitos de cidadania relacionados com a saúde. De outra, os governos locais que buscam estender as ações em soluções compartilhadas para problemas comuns, de modo a lidar com a falta de *fronteiras* das questões sanitárias. Estes dois movimentos indicam três linhas de discussão: quanto à necessidade de acordos entre os Países que garantam os direitos do cidadão MERCOSUL, quanto à definição de qual integração na saúde pode reduzir desigualdades e aumentar a equidade e, quanto à importância de com a integração fortalecer políticas públicas de saúde em cada Estado-parte.

O dilema em saúde nas cidades-gêmeas —mais que diversidades entre os sistemas de saúde— é lidar com os movimentos das pessoas pela busca de ações e de serviços de saúde na tentativa de diminuir as diferenças de direito, de cidadania e de acesso a mercado resultantes das composições dos sistemas de saúde, que ficam mais evidentes no território fronteiriço.

A busca espontânea de cidadãos por serviços de saúde na outra cidade exhibe a percepção de diferenças de direito de cidadania sendo questionada, facilitada pela situação da convivência na fronteira. Os mecanismos de regulação dos sistemas de saúde, por seu turno, são formas legítimas, recomendáveis e acordadas de organizar e garantir a prestação de serviços e ações de saúde de acordo com as necessidades e com os recursos disponíveis. Face à demanda e à regulamentação crescente do sistema há que se produzir um consenso sobre direitos, garantidos regionalmente e de forma complementar, que em processos de integração extrapola o âmbito dos governos locais, os quais, já buscam responder dentro de suas possibilidades com iniciativas solidárias e cooperativas. Tais acordos aproveitando o processo de integração econômica regional devem fortalecer as políticas públicas de saúde em cada Estado-parte, reconhecendo a sua construção pelas lutas sociais internas, e proteger os valores fundadores de cada sistema de saúde. O desejável é regular e estender o acesso e a cobertura, inclusive de referência, de cidadãos fronteiriços rumo à construção de identidade no MERCOSUL.

Uma evolução indesejável é a limitação ou barreiras aos fluxos das pessoas de comunidades com vínculos e relações espontâneas de utilização recíproca de bens de um lado e de outro da fronteira. Ou ainda a primazia da compensação financeira com a conseqüente substituição do sistema de saúde público estrangeiro. Tanto um como outro podem configurar-se como barreiras não econômicas ao processo de integração. A compensação financeira sem uma regulação adequada e pré-acordada pode inviabilizar economicamente sistemas de saúde. Em experiências mais consolidadas e profundas de integração, como o caso europeu, o atendimento à saúde fora do país de residência está regulado no sentido de garantir a liberdade de circulação, garantir os direitos à saúde e, ainda, garantir as viabilidades organizacionais e econômicas de cada sistema de saúde (Guimaraes e Giovanella, 2006). No MERCOSUL, o ponto de partida pode ser compartilhar informações e ampliar as trocas e ações comuns para melhoria de qualidade, procedimentos de formação de recursos humanos, desenvolvimento de

tecnologias para a prestação transnacional de serviços, diagnóstico e prescrição, com ênfase na reciprocidade.

Em processos de integração econômica regional a saúde requer acordos para que os fundamentos que sustentam política, econômica e socialmente os sistemas não sejam ameaçados com a interação e diluição das fronteiras. A integração econômica regional pode ser um fator para apoiar a equidade e a redução de desigualdades de acesso na saúde desde que se construa um modelo de integração que garanta condições semelhantes de acesso as ações e aos serviços para a redução de desigualdades e que contribua para a cidadania no MERCOSUL. Embora esta construção seja do campo dos Estados-parte deve considerar as diversidades regionais, manter e estimular identidades compartilhadas. E por demandar recursos de investimentos são decisões não compatíveis com o nível local, pois se darão a partir de equilíbrio no todo de cada País. Qualquer acordo em saúde no MERCOSUL deve partir da constatação de que os sistemas de saúde expressam diferenças nos caminhos podem encontrar convergência nos objetivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barcellos C, Peiter P, Rojas LI, Matida A. A geografia da AIDS nas fronteiras do Brasil. <http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm> (acessado em 28/Mar/2005).

Brasil, 1998. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm (acesso em 8/Jun/2005).

Dorfman A, Roses GTB. Regionalismo fronteiriço e o “Acordo para os Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios”. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS p. 195-228; 2005.

Fernandes Neto, P. Caracterização Geográfica da Faixa de Fronteira Continental Norte do Brasil. Monografia de Bacharel em Geografia. Departamento de Geografia, Instituto de Geociências, Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza Departamento de Geografia Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), 2007a. Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Inquérito com Secretários Municipais de Saúde dos Municípios brasileiros da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), 2007b. Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas com Secretários Municipais de Saúde de Cidades-Gêmeas do MERCOSUL de Sant’Ana do Livramento, Dionísio Cerqueira, Barracão, Foz do Iguazu e Ponta Porã. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), 2007c. Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas junto aos Secretários de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, do Paraná e de Mato Grosso do Sul. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), 2007d. Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas com Autoridades Sanitárias de Cidades-Gêmeas do MERCOSUL de Rivera, Bernardo de Irigoyen, Puerto Iguazu, Ciudad del Este e Pedro Juan Caballero. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

Gadelha CAG, Costa L. 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 UFMSp. 25-46; 2005.

Gallo E, Costa L, Bretas N. Sistema Integrado da Saúde nas Fronteiras: SIS Fronteira e a integração em busca da equidade. In: Costa L (org) *Integração de Fronteiras: possibilidades*

Brasil-Bolívia na Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Regional, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 4151.

Guimaraes L, Giovanella L. Integração européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interior europeu no acesso aos serviços de saúde. CSP 2006 22(9):1795-1807.

Guimaraes L, Giovanella L. Processo de integração regional no MERCOSUL e as repercussões nos sistema de saúde de cidades fronteiriças. X Congreso Internacional del Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 de outubro de 2005. <http://www.clad.ve/fulltext/0052621.pdf> acesso em janeiro de 2007.

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 07/Fev/2005).

Hocking B. Regionalismo: uma perspectiva das relações internacionais. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo:Edusc; 2004. p.77-107.

House JW. The Frontier Zone: a conceptual problem for policy makers. In: International Political Science Review, 1980 Vol. 1 nº 4. p.:456-477.

Machado L, Haesbaert R, Ribeiro LP, Steimer R, Peiter P, Novaes A. O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual-metodológica. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS p. 87-130; 2005.

Mariano MP, Barreto MI. Questão subnacional e integração regional: o caso do MERCOSUL. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo:Edusc; 2004. p.21-47.

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Iª. Cúpula Social do MERCOSUL, 2006. Declaração Final. http://www.cut.org.br/publique/media/Declara%20oFinal_logo_211206._pdf (acesso em 6 de abril de 2007).

MIN (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.

Navarrete M. Región Fronteriza Uruguayo-Brasilera – laboratório social para la integración regional: cooperación e integración transfronteriza. Diploma en Estudios Internacionales e Integración, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica, Montevideo: 2006. Mimeo.

OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde). Informe de la Trifrontera – estudio de red fronteriza Brasil-Argentina-Paraguay, 2001 e 2002. Representações da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2002.

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-UFRJ/IGEO/PPGG.Rio de Janeiro; 2005.

Prieto NC. O outro lado do novo regionalismo Pós-Soviético e da Ásia-Pacífico: a diplomacia federativa além das fronteiras do mundo ocidental. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo:Edusc; 2004. p.251-282.

- 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 p. 9-15; 2005
- Riquelme AM. Migrações brasileiras no Paraguai. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS p. 49-85; 2005
- Rodrigues GMA. A inserção internacional de cidades: notas sobre o caso brasileiro. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. *A dimensão subnacional e as relações internacionais*. São Paulo:Edusc; 2004. p.441-462.
- Soares MG, Franchi MA. Integração de saúde nas fronteiras: o papel do Mato Grosso do Sul na integração das ações de saúde. In: Costa L (org) *Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde*. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Regional, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 57-63.
- Trevas VYP. A Federação Brasileira e a Integração Regional: mobilização dos Estados e Municípios para o Fortalecimento das Políticas de Fronteira. In: Costa L (org) *Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde*. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Regional, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 17-25.
- Uruguay. Asunto: Propuesta de Proyecto de Cooperación Técnica Internacional BPB Subregional de OPS Titulo: Salud y Frontera. Ministerio de Salud Pública, Unidad Técnica MERCOSUR Salud. Documento entregue pela Coordenação do MERCOSUL. s/data. Mimeo.
- Veney JE, Kaluzny AD, 1991a. Case Studies as na Evaluation Strategy. In: Veney JE and Kaluzny AD. *Evaluation and Decision Making for Health Services*. Second Edition. Health Administrarion Press, Michigan, 1991. p.:115-135.
- Veney JE, Kaluzny AD, 1991b. Case Study Techniques and Interpretation. In: Veney JE and Kaluzny AD. *Evaluation and Decision Making for Health Services*. Second Edition. Health Administrarion Press, Michigan, 1991. p.:137-154.
- Silva MG da. O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- Sprandel MA. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. *Estudos Avançados* 20 (57), 2006 p.:137-156.

CAPÍTULO 7

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^{23 24}

Ligia Giovanella

Luisa Guimarães

Vera Maria Ribeiro Nogueira²⁵

Lenaura de Vasconcelos Lobato²⁶

Giseli Nogueira Damacena²⁷

HEALTH ON THE BORDERS: ACCESS TO AND DEMANDS ON THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM BY FOREIGNERS AND NON-RESIDENT BRAZILIANS IN CITIES ALONG THE BORDER WITH MERCOSUR COUNTRIES FROM THE PERSPECTIVE OF MUNICIPAL HEALTH SECRETARIES

ABSTRACT

In the context of forming common markets, border areas require special attention, since they anticipate the effects of integration processes. Along borders, different political, monetary, security, and social systems coexist; the intensification of flows resulting from integration raises challenges for the health systems, requiring specific policies focused on guaranteeing the right to health. This article presents the results of a study on the conditions for access to (and demands for) health services in the MERCOSUR border cities. A survey was performed with municipal health secretaries in the 69 Brazilian cities in the States of Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, and Mato Grosso do Sul that border on the other MERCOSUR countries. The study attempted to identify the services demanded by the border population, mechanisms used for access, flows between services and systems, response strategies, and local agreements. Initiatives for cooperation between Brazilian and foreign local administrators were identified in nearly half of the municipalities and can orient the formulation of guidelines for border situations, allowing improvement in comprehensive access to health care.

Border Areas; Health Policy; Health Services; Health Systems

²³ Publicado nos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266, 2007.

²⁴ Pesquisa realizada com apoio do CNPq

²⁵ UFSC e Universidade Católica de Pelotas

²⁶ UFF

²⁷ CICT/Fiocruz

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 (RMS) e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde)¹. 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 externalidade². 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 integração³ gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças⁴, 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 riqueza⁵ e como espaço social que incorpora a territorialidade, *enquanto certo tipo de interação entre o homem e o espaço mediatizada pelo espaço*⁶. 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^{7,8}.

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^{7,9}. 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 outro⁹. É um elemento de equilíbrio dinâmico e assume função reguladora em um processo que se constitui em quatro momentos: diferenciação, tradução, relação e regulação⁵.

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 transnacional¹⁰.

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”⁸(p.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.

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 direitos¹¹. 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 no presente fascículo destacam que os processos de integração entre países tencionam uma mudança do conceito de cidadania nacional para o de cidadania regional ou global¹². 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 supranacional 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 residentes¹³.

MATERIAL E MÉTODOS

As questões teóricas sobre mercados comuns, fronteiras e direitos sociais aqui indicadas constituíram parte dos referenciais para pesquisa realizada com o apoio financeiro do CNPq e em cooperação com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que teve por objetivos analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL, e, discutir repercussões dos processos de integração regional entre países sobre os sistemas de serviços de saúde.

O estudo realizado se fundamentou nas experiências e percepções de atores políticos locais, estaduais e nacionais quanto aos temas: da realidade do setor saúde em

cada país, as implicações da integração regional *vis a vis* as políticas nacionais, regionais e locais no acesso as ações e serviços de saúde, as demandas nos serviços de saúde de localidades de fronteira e as estratégias de cooperação e acordos locais. As fontes de informação foram: *i*) inquérito com secretários municipais de saúde; *ii*) estudos de caso em quatro cidades brasileiras consideradas pólo regionais e correspondente localidade fronteiriça estrangeira do Uruguai, Argentina e Paraguai mediante visitas e entrevistas semi-estruturada com autoridades locais e gerentes de unidades de saúde brasileiras e estrangeiras; *iii*) entrevistas semi-estruturadas com secretários estaduais de saúde dos quatros estados brasileiros da região (RS, SC, PR e MS); *iv*) entrevistas semi-estruturadas com coordenadores nacionais do Subgrupo de Trabalho Saúde do MERCOSUL (SGT 11) da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

O presente artigo discute parte dos resultados da pesquisa referentes ao inquérito com os secretários de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira com os países membros do MERCOSUL na época de sua fundação. O universo da pesquisa foram os 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Uruguai, Paraguai e Argentina. 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. 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.

O inquérito foi realizado por meio de aplicação por entrevistador, profissional de nível superior treinado, de questionário modular composto por 73 perguntas fechadas, e 30 parcialmente abertas, abordando: fluxos transfronteiriços, ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde locais, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre serviços e sistemas, estratégias de resposta de gestores às pressões por atendimento e acordos locais com gestores das localidades fronteiriças estrangeiras.

Os secretários de saúde dos municípios estudados foram entrevistados entre novembro e dezembro de 2005, ano de início de gestão dos executivos municipais, assim a grande maioria (89%) dos secretários municipais de saúde (SMS) encontrava-se no cargo entre 7 a 12 meses exercendo o seu primeiro mandato como secretário municipal de saúde. Todavia mais da metade (58%) apresentava alguma experiência prévia em gestão pública e tinha formação de nível superior (61%). Um terço deles tinha ou tivera cargo eletivo (16 vereadores, 2 vices-prefeito e 2 prefeitos) (Tabela 1).

Os questionários aplicados foram revisados por supervisor e depois de digitados realizada crítica 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. 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 Pearson¹⁴ 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).

No presente artigo, os principais resultados do inquérito com secretários municipais de saúde são apresentados com análise realizada em dois níveis de agregação das informações dos municípios: i) por país de fronteira (Argentina, Paraguai e Uruguai), e ii) pelos seis segmentos de fronteira estado-país: Rio Grande do Sul fronteira com Uruguai, Rio Grande do Sul fronteira com Argentina, Santa Catarina fronteira com Argentina, Paraná fronteira com Argentina, Paraná fronteira com Paraguai, e, Mato Grosso do Sul fronteira com Paraguai.

Os resultados do inquérito com os SMSs estão organizados em cinco seções: i) características dos municípios de fronteira estudados, ii) fluxos e trânsitos transfronteiriços, iii) acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes no país por assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) do município, iv) motivos de busca e dificuldades para a gestão causadas pela demanda de estrangeiros, e, v) estratégias empreendidas localmente para a cooperação internacional em saúde.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DA FRONTEIRA E DOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA ESTUDADOS

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 sociais¹⁷. 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)⁷. Na presente pesquisa o universo de estudo foi 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), Paraguai (1.339km) e Uruguai (1.003km) e corresponde ao Arco SUL e a alguns municípios do Arco Central (Fronteira do Mato Grosso do Sul com Paraguai).

O Arco Sul se caracteriza por espaço com influência socioeconômica e cultural européia e é o mais intensamente afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente do projeto de integração econômica promovida pelo MERCOSUL. As relações transfronteiriças são principalmente do tipo sinapse com alguns segmentos capilares. As interações fronteiriças tipo sinapse descrevem situações de interação local constantes e intensas com o outro lado da fronteira; as relações capilares correspondem a trocas difusas no nível local, entre vizinhos fronteiriços com limitadas redes de comunicação e baixa presença de infra-estrutura de articulação transfronteira⁷.

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 transfronteiriças⁷. 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.

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).

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).

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS PESQUISADOS DA LINHA 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	%	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

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.

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 (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).

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 localidade estrangeira (18%). Para um terço dos SMS 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.

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).

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). 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”)⁷. 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 serviços 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.

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 com Uruguai n=10	RS com Argentina n=18	SC com Argentina n=10	PR com Argentina n=8	PR com Paraguai n=10	MS com Paraguai n=11	Total n=67	
							n	%
Busca de atendimento no SUS por estrangeiros*								
Nunca acontece	0,0	22,2	50,0	37,5	20,0	0,0	14	20,9
Pouco freqüente	50,0	50,0	20,0	25,0	40,0	36,4	26	38,8
Freqüente	20,0	16,7	10,0	37,5	40,0	27,3	16	23,9
Muito freqüente	30,0	11,1	20,0	0,0	0,0	27,3	8	11,9
Busca de atendimento no SUS por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira**								
Nunca acontece	0,0	11,1	70,0	0,0	0,0	0,0	9	13,4
Pouco freqüente	40,0	33,3	0,0	12,5	0,0	9,1	12	17,9
Freqüente	20,0	50,0	20,0	50,0	50,0	27,3	25	37,3
Muito freqüente	40,0	5,6	10,0	37,5	40,0	63,6	20	29,9
Direito ao atendimento no SUS no município								
Todos os estrangeiros	60,0	77,8	80,0	62,5	100,0	36,4	47	70,1
Estrangeiros com dupla cidadania	20,0	5,6	10,0	0,0	0,0	0,0	4	6,0
Estrangeiros residentes no município	20,0	0,0	0,0	12,5	0,0	27,3	6	9,0
Nenhum estrangeiro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	1	1,5
Prestação de atendimento a estrangeiros que buscam o SUS municipal								
Somente em caso de emergência	40,0	33,3	20,0	12,5	20,0	36,4	19	28,4
Para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação	40,0	38,9	30,0	37,5	10,0	54,5	24	35,8
Sim, para todos os serviços	20,0	27,8	50,0	50,0	70,0	9,1	24	35,8
Documentação exigida para atendimento no SUS								
Documento de identidade	80,0	38,9	80,0	87,5	60,0	90,9	46	68,7
Comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5	50,0	72,7	32	47,8
Documento de identidade + Comprovante de residência	50,0	5,6	80,0	62,5	50,0	72,7	32	47,8

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 informaram desconhecer a busca de atendimento por brasileiros não residentes

Guardando alguma correspondência com a distribuição dos municípios ao longo das fronteiras dos 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 limdeiras 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% 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 de um terço dos municípios há procura de serviços do SUS por parte de estrangeiro trabalhador no Brasil e residente nas cidades estrangeiras (36%), e, de estrangeiro em trânsito ou de passagem (34%)

A demanda é espontânea na maior parte dos municípios 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.

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	PR	MS	Total	
	com Uruguai n=10	com Argentina n=14	com Argentina n=5	com Argentina n=5	com Paraguai n=8	com Paraguai n=11	n=53*	
							n	%
Nacionalidade dos estrangeiros que buscam atendimento no SUS com maior freqüência								
Argentinos	0,0	100,0	100,0	**80,0	0,0	0,0	23	43,4
Paraguaios	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	19	35,8
Uruguaios	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10	18,9
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	75,0	90,9	35	66,1
Estrangeiro residente no município	90,0	28,6	20,0	40,0	50,0	72,8	28	52,8
Estrangeiro trabalhador no Brasil e residente na cidade estrangeira	60,0	28,6	20,0	20,0	12,5	54,6	19	35,9
Estrangeiro de passagem	50,0	21,4	20,0	20,0	50,0	36,4	18	33,9
Estrangeiro estudante no município	30,0	7,1	0,0	20,0	50,0	27,3	11	22,7
Forma que estrangeiros buscam atendimento pelo SUS no município								
De forma espontânea	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	54,5	46	86,8
De forma espontânea ou por encaminhamento	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	45,5	7	13,2
SMS registra as ações de saúde como prestadas a estrangeiros								
	30,0	50,0	0,0	40,0	75,0	36,4	22	41,5
SMS dispõe de estimativa do número de atendimentos a estrangeiros no SUS								
	20,0	42,9	0,0	40,0	75,0	45,5	21	39,6

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 frequentemente.

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). Menores proporções de SMS indicaram como freqüente ou muito freqüente a demanda de estrangeiros por serviços mais especializados tais como por 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 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 informaram 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.

TABELA 5 - TIPO DE ATENDIMENTO BUSCADO FREQUENTE E MUITO FREQUENTEMENTE 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		Paraguai		Uruguai		Total	
	n = 24		n = 19		n = 10		n=53	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicamentos	13	54,2	15	78,9	5	55,6	33	62,3
Consulta médica AB	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

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, bem como naqueles em que há transporte coletivo transfronteiriço. A presença de hospital do SUS está associada a uma busca frequente e muito frequente 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 frequente 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, publicado no presente suplemento.¹⁵

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

MOTIVOS DE BUSCA E DIFICULDADES PARA A GESTÃO CAUSADAS PELA 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. 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 SMS: “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 (tabela7). 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 SMS 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 serviços 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	PR	MS	Total	
	com Uruguai n=10	com Argentina n=14	com Argentina n=5	com Argentina n=5	com Paraguai n=8	com Paraguai n=11	n	%
Motivos de busca por estrangeiros a atendimento pelo SUS municipal								
Proximidade geográfica com o município	60,0	42,9	80,0	80,0	75,0	90,9	36	67,9
Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de fronteira	60,0	35,7	20,0	100,0	100,0	90,9	35	66,0
Facilidade de ser atendido pelo SUS no município	60,0	28,6	80,0	100,0	75,0	63,6	32	60,4
Urgência ou gravidade do caso	50,0	50,0	40,0	80,0	87,5	63,6	32	60,4
Qualidade da atenção à saúde no SUS	40,0	50,0	40,0	100,0	62,5	72,7	31	58,5
Por estar longe de outros centros	30,0	7,1	60,0	40,0	75,0	54,5	21	39,6
Facilidade de transporte para o município	40,0	7,1	20,0	80,0	50,0	63,6	21	39,6
Não ter direito ao acesso gratuito aos serviços públicos de saúde no país de origem	20,0	7,1	0,00	0,0	50,0	72,7	15	28,3
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	100,0	90,9	39	73,6
Para a referência regional	90,0	57,1	20,0	60,0	62,5	90,9	36	67,9
Para a continuidade do tratamento no País de origem	80,0	50,0	0,0	40,0	100,0	100,0	36	67,9
Para a oferta de ações e serviços de saúde	60,0	21,4	20,0	60,0	75,0	81,8	28	52,8
Para a qualidade da atenção prestada	40,0	14,3	40,0	20,0	12,5	81,8	19	35,8

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.

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). Os tipos de cooperação mais frequentes 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 hidatidose⁴.

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	RS	SC	PR	PR	MS	Total	
	com	com	com	com	com	com	n=67	
	Uruguai	Argentina	Argentina	Argentina	Paraguai	Paraguai	n	%
	n=10	n=18	n=10	n=8	n=10	n=11		
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	60,0	63,6	32	47,8
Fórum ou grupo que trate de questões específicas de saúde na fronteira no município ou região	30,0	16,7	10,0	25,0	60,0	18,2	17	25,4
Ações conjuntas de controle de vetores	20,0	16,7	0,0	25,0	50,0	36,4	16	23,9
Contatos informais entre profissionais para encaminhar pacientes	40,0	5,6	10,0	12,5	20,0	27,3	12	17,9
Mecanismo de troca regular de informação epidemiológica	10,0	5,6	10,0	12,5	40,0	27,3	11	16,4
Ações conjuntas de vigilância ambiental	20,0	16,7	0,0	25,0	30,0	9,1	11	16,4
Cooperação técnica em saúde entre o município e a cidade estrangeira de fronteira	30,0	0,0	10,0	25,0	20,0	18,2	10	14,9
Atividades de capacitação com participação de profissionais de saúde das cidades estrangeiras de fronteira	20,0	5,6	10,0	12,5	10,0	27,3	9	13,4
Acordo entre os governos locais para viabilizar os atendimentos	10,0	0,0	10,0	0,0	0,0	9,1	3	4,5
Mecanismo de encaminhamento formal	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	2	3,0

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

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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.”*

A legislação para estrangeiros em vigor no país é retrógrada, e anterior à Constituição Federal de 1988 e à criação do MERCOSUL – encontrando-se em processo de reformulação no legislativo federal –, todavia 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 et al¹⁶, neste fascículo, 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 fronteiriça¹⁷.

Ainda que perspectivas econômicas tenham ocupado lugar de destaque nas negociações entre os países no processo 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 contribuições 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 nacionais¹⁸. Todavia, desde os anos de 1970, sucessivas legislações ampliaram progressivamente a garantia de atenção à saúde em outro país da União^{19,20,21}. 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 compensação²².

A experiência europeia 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 país²³. 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 legitimidade 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.

RESUMO

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 direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões. Este trabalho apresenta parte dos resultados de pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que teve por objetivos analisar condições de acesso e demanda por serviços de saúde em cidades fronteiriças do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Buscou-se identificar e analisar ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde locais, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre serviços e sistemas, estratégias de resposta e acordos locais entre gestores das localidades fronteiriças brasileiras e estrangeiras. Foi realizado inquérito com secretários municipais de saúde (SMS) das 69 localidades brasileiras da linha de fronteira com países do MERCOSUL referentes aos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul, obtendo-se respostas em 67 localidades: 36 (54%) fazendo fronteira com Argentina, 21 (31%) com Paraguai e 10 (15%) com Uruguai. Ocorrem trocas com localidades estrangeiras na maioria dos municípios estudados sendo os fluxos de pessoas mais importantes aqueles de familiares residentes no outro lado da fronteira. A busca de estrangeiros por atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionada a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios limítrofes. A existência de demanda de estrangeiros por atendimento no SUS em seus municípios foi informada por 75% dos SMSs sendo freqüente ou muito freqüente em 36% das localidades. A busca por atendimento por parte de brasileiros não residentes no país é ainda mais elevada, estando presente em 87% das localidades. As principais demandas são por procedimentos de atenção primária e com menor freqüência por atenção especializada, condicionadas pela oferta assistencial disponível. Em todos os municípios presta-se algum tipo de atendimento a estrangeiros a depender do tipo de ação necessitada. Todavia em 28% dos municípios presta-se somente atendimento de emergência e em parte das localidades há barreiras de acesso para o atendimento no SUS como a exigência de comprovante de residência em 49% das localidades. Estratégias de cooperação entre gestores locais identificadas em cerca da metade dos municípios (48%) 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.

Áreas de Fronteiras; Políticas de Saúde; Serviços de Saúde; Sistemas de Saúde

COLABORADORES

Todas as autoras participaram do processo de pesquisa em diferentes fases, da discussão dos dados e da concepção e elaboração do artigo. L. Giovanella, L. Guimarães e L. V. C. Lobato organizaram e redigiram a análise dos dados. V. M. R. Nogueira redigiu a revisão sobre direitos à saúde e fronteira. G. N. Damacena descreveu a metodologia, elaborou tabelas e realizou a análise estatística. O manuscrito foi revisado pelas quatro primeiras autoras para sua redação final.

AGRADECIMENTOS

A pesquisa foi realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS

1. Sánchez DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud.
2. Lucchese G. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ; 2001.
3. Bolis M, editor. *Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
4. 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, 18-21 oct. 2005.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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-UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro; 2005.
10. 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>. Acesso em 23/05/2006.
11. Espada JC. *Direitos Sociais de Cidadania*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1997.
12. Dal Prá KR, Mendes JMR, Regina Miotto CT. O desafio da integração social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública Suplemento Integração regional entre países e políticas e sistemas de saúde*; 2007.
13. Vieira L. Cidadania Global e Estado Nacional. *Revista Dados*. 1999; 42 (3):395-419.
14. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2 ed. New York: John Wiley & Sons, 1981.
15. 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 Suplemento Integração regional entre países e políticas e sistemas de saúde*; 2007
16. 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.
17. 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 UFMSp. 25-46; 2005

18. 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*, 55(10):241-248. 2006
19. 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,
20. Busse R, Wismar M, Berman PC. The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press, 2002.
21. Leidl R (editor). *Health care and its financing in the single european market*. Amsterdam, Holanda: IOS Press, 1998.
22. 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.
23. Hermans LLMB, Brouwer W. *Quality issues on cross-border care: a literature search*. Rotterdam/ Utrecht: European Health Management Association; 2003. disponível em <http://www.ehma.org>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

INTEGRAÇÃO REGIONAL E POLÍTICAS DE SAÚDE:

UNIÃO EUROPÉIA E MERCOSUL

Aspectos trabalhados em cada artigo-capítulo estão aqui retomados para, de modo articulado e concatenado, responder à questão inicial: *quais as repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de saúde?* As considerações finais articulam assim, as principais conclusões da tese que foram desenvolvidas em cada capítulo de acordo com o objetivo do estudo de doutorado. Essas estão agrupadas de modo a perpassar os temas desenvolvidos na tese: *i)* questões de saúde em processos de integração econômica regional, *ii)* acesso aos serviços e ações de saúde e integração econômica regional, *iii)* fronteiras e acesso à saúde e, *iv)* perspectivas das políticas de saúde no MERCOSUL.

De partida, pode-se constatar que processos de integração econômica regional não estão isentos de crises e tensões, antes caracterizam-se como movimentos de idas e vindas, que impõem permanentes consensos. A experiência de rompimento de fronteiras entre países para propiciar a livre circulação de pessoas, bens, serviços e capitais não elimina diferenças culturais, históricas, sociais e políticas e, tão pouco, substitui a cidadania nacional. Embora na presença de problemas ainda não superados, a experiência de integração econômica européia ilustra que em um mundo globalizado os Estados-membros teriam dificuldades maiores e mais difíceis de solucionar em aspectos da economia, coesão e proteção social, democracia, política e sistemas de saúde se não houvesse a União Européia. Ainda que uma força potente para superar de forma conjunta dificuldades comuns, a integração econômica tende a ser um projeto em permanente construção de modo a dar conta de novas dinâmicas. Nesse particular, a experiência européia ilustra, uma vez mais, que embora a saúde não tenha sido um dos objetivos fundadores torna-se ao longo do tempo um dos fatores cruciais para manutenção e avanço da integração ao relacionar-se com o desenvolvimento, com a coesão social e o sentimento de pertinência ao espaço europeu. Dentre os paralelos com o MERCOSUL um dos mais significativos pode ser a constatação de que se as diferenças

e diversidades não forem tratadas como fator de integração, tendem a se incrustar como fenômenos de segregação e separação.

O estudo das repercussões da integração na saúde demonstrou que ocorrem efeitos previstos e não previstos. Em experiências mais consolidadas e profundas, como na União Européia, é possível constatar que embora a saúde fosse um tema subordinado na agenda de integração ocorreram impactos da conformação do mercado interno nas políticas e nos sistemas de saúde. Tais efeitos se relacionam com as políticas macroeconômicas e com a livre circulação de produtos, serviços, pessoas e capitais. Na União Européia cada Estado-membro teve que realizar reformas internas para implementar as medidas acordadas em nível europeu que impactaram as políticas sociais, inclusive saúde. Especificamente com relação à saúde, a diretiva de *proteção à saúde do consumidor no espaço europeu* implicou na adoção em cada Estado-membro de parâmetros comuns de saúde pública para garantir o mesmo padrão de qualidade de produtos e serviços em todo o espaço europeu.

Os sistemas de saúde permanecem responsabilidade de cada Estado-membro, sendo os fundamentos de solidariedade e sustentabilidade desses apoiados pelas instâncias supranacionais européias e, no médio prazo não se vislumbra a integração entre os sistemas de saúde europeus. Como em geral os sistemas de saúde europeus envolvem múltiplos atores, governamentais ou não, os países institucionalizaram espaços internos para a negociação da implementação do acordado em nível europeu, garantindo assim a efetiva incidência de normativa européia ponderada às características de cada Estado-membro. Aos cidadãos europeus está garantido, em condições semelhantes ao nacional, o acesso aos serviços e ações em outro Estado-membro. Para zelar pelos fundamentos dos sistemas de saúde, tal acesso encontra-se regulamentado por instâncias européias e deve ser autorizado previamente no país de afiliação ao sistema de seguridade social. O papel da União Européia na saúde está, portanto, sob o princípio da subsidiariedade de modo que os Estados-membros, cada um, permaneça responsável pela política de saúde e organização, financiamento, funcionamento e provisão dos sistemas e serviços correspondentes.

O MERCOSUL é considerado experiência de integração recente e incompleta, ainda assim, alguns paralelos podem ser traçados com a experiência européia considerando que os modelos de integração decididos na fundação de ambos são convergentes. O predomínio das questões econômicas e o aprofundamento gradual da

integração correspondem à baixa relevância de temas sociais e de saúde no MERCOSUL. As repercussões da integração na saúde, mesmo no estágio de *união aduaneira* que se encontra o MERCOSUL, o qual não impõe ajustes macro-econômicos profundos, começam a se configurar como efeitos inesperados, notadamente nas cidades fronteiriças. O histórico de relações das comunidades no MERCOSUL é marcado por vínculos familiares e fluxos migratórios importantes, os quais com os avanços da integração tenderam a se ampliar movidos pelos determinantes de circulação de mercadorias e intensificação do comércio regional.

Nos Estados-parte, por sua vez, ainda que princípios gerais de fundamento das políticas sociais sejam compartilhados, os sistemas de saúde configuram-se de forma diversa nos aspectos organizacionais, de funcionamento, financiamento e provisão. A realidade das assimetrias além de explicar as diversidades é, por vez, utilizada como justificativa para o pouco avanço do Bloco, inclusive no campo da saúde, para além da circulação de mercadorias. O tema é complexo e sensível no MERCOSUL que embora tenha recebido impulso político nos últimos anos, tem instituições ainda frágeis e correspondentes a uma fase onde os interesses econômicos preponderam.

A saúde tem no Bloco dois fóruns: a reunião de ministros (RMS) a partir de 1995 e o subgrupo de trabalho 11 saúde (SGT 11 Saúde) criado em 1996. São duas instâncias —uma técnica e outra política— com duas agendas e com produtos distintos. No SGT 11 Saúde as equipes representantes dos Estados-parte dedicam-se ao debate de temas afetos à circulação de produtos para a saúde, vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde para alcançar consensos técnicos que se expressam em harmonizações, as quais devem ser incorporadas ao ordenamento jurídico interno de cada país. Na RMS são firmados acordos e convênios sobre Aids, Dengue, Tabaco. A falta de uma agenda regional de temas de saúde relacionados às desigualdades de acesso e de cobertura de serviços e às ações de saúde ou de um projeto de saúde para os cidadãos do MERCOSUL fica evidente na análise da pauta negociadora vigente nos dois fóruns de saúde do Bloco.

Distante do MERCOSUL institucional estão as fronteiras vivas da integração nos limites fronteiriços do Bloco onde os governos locais convivem cotidianamente com limites e diversidades entre as políticas e os sistemas de saúde. E, mais recentemente, com efeitos inesperados da integração econômica regional no planejamento, na organização e no financiamento das ações de saúde ofertadas às comunidades. De

forma a contrapor os fenômenos imprevistos da integração e manter a convivência fraterna nas fronteiras, estão em desenvolvimento inúmeras iniciativas conjuntas, unidas na busca de soluções de um lado e de outro da fronteira. Da *pauta de trabalho e cooperação* nas fronteiras vivas fazem parte o intercâmbio e a troca de informações em saúde, processos conjuntos de capacitação e formação em saúde, uso integrado de tecnologias em saúde, construção de agendas com participação social. Porque o MERCOSUL ainda é um processo construído pelos governos centrais e, na saúde sem espaços institucionais de participação social e dos entes subnacionais, tais iniciativas carecem de formalidade e institucionalidade supranacional para se manterem.

A análise em paralelo da integração econômica regional européia e no MERCOSUL na perspectiva das repercussões na saúde revela, portanto, que os processos de integração influem de modo esperado e inesperado nas políticas e sistemas de saúde. No caso europeu foi construída gradualmente a cidadania comunitária que garante os direitos de proteção à saúde em todo o mercado interno. Para tanto foi necessário o fortalecimento das responsabilidades de cada Estado-membro na gestão da política e do sistema de saúde e a criação de espaços internos para acordar a implementação das diretivas européias junto aos demais entes governamentais com responsabilidades em saúde. No ambiente europeu contemporâneo a saúde ganhou relevância na agenda econômica como fator de desenvolvimento.

Os resultados do estudo de tese concluem que a experiência de meio século de construção da integração européia acumula ensinamentos sobre as repercussões nas políticas e sistemas de saúde e, que embora o MERCOSUL seja recente as regiões fronteiriças trazem novas potencialidades para a integração sul-americana. Nessa perspectiva, os processos de integração econômica regional são fenômenos que além de preparar os Estados integrantes para o mercado globalizado, são potencialmente estratégias de redução de desigualdades regionais mediante a mútua ajuda. A saúde no cenário regional é uma política pública integradora e um fator de desenvolvimento. Para tanto, os Estados nacionais responsáveis pela política de saúde devem ser fortalecidos no debate de uma agenda regional de saúde de modo que a integração se alie aos esforços setoriais de atenção integral. Os valores de universalidade, integralidade e equidade podem ser fortalecidos com um modelo de integração econômica regional que se some à saúde na busca de reduzir desigualdades, com participação social.

No MERCOSUL falta, todavia, a confluência de objetivos econômicos com os sociais de modo que a integração econômica sul-americana possa influir positivamente no acesso à saúde e na redução de desigualdades —agenda pendente— conformando a cidadania no MERCOSUL. Nesse sentido, é fundamental instituir o espaço para o debate da saúde no que tange às diversidades entre os sistemas e serviços de saúde e os impactos previstos e imprevistos com a integração econômica regional.

Uma estratégia é a constituição de *comissão de saúde* com representação ampliada no Fórum Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL constituído no início de 2007. Tal *comissão de saúde* como parte do Fórum se caracterizaria como espaço de acordos e estratégias para fortalecer as políticas nacionais e garantir que as repercussões do MERCOSUL sejam ponderadas às realidades diversas do território de integração. A *comissão de saúde* do Fórum Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL coordenaria o acompanhamento e a incidência de avanços do Bloco na saúde, valendo-se de um *observatório de saúde no MERCOSUL*. Os resultados dos trabalhos da *comissão de saúde* seriam submetidos ao Fórum com vistas a apoiar as discussões quanto à atenção integral com redução de desigualdades de acesso. A execução do acordado poderia dar-se mediante projetos específicos, desenvolvidos com apoio do SGT 11 Saúde e considerando o acordado na RMS, financiados com recursos de um fundo de coesão e solidariedade inter-territorial em saúde dos Estados-parte do MERCOSUL. Os recursos desse fundo poderiam advir de agências internacionais de cooperação, dos próprios governos e de outras fontes.

No caso do Brasil e do Sistema Único de Saúde com base nos resultados do estudo de doutorado sugere-se a constituição no âmbito do Ministério da Saúde de *conselho interterritorial de saúde* que articule a dupla via de integração com países na América do Sul e a efetivação do SUS até as fronteiras. Nessa perspectiva, esse *conselho interterritorial de saúde* seria integrado pelas áreas técnicas do Ministério com projetos e ações nas fronteiras, inclusive a coordenação do MERCOSUL, representação de Estados e Municípios e do Conselho Nacional de Saúde. Para as regiões fronteiriças do MERCOSUL a estratégia é a implantação e funcionamento dos colegiados de gestão regional fronteiriços (CGRF) —instituídos no pacto pela saúde—com a responsabilidade de debater e definir prioridades, estratégias e projetos para lidar com questões típicas dos segmentos de fronteira. O (CGRF) seria integrado pelos gestores

da saúde das cidades brasileiras de fronteira, com a participação de autoridades sanitárias das cidades estrangeiras vizinhas, respeitando a lógica de organização regional dos planos diretores de regionalização. O CGRF se vincularia também, além da Comissão Bipartite Estadual e do Conselho Estadual de Saúde, ao *conselho interterritorial de saúde* no Ministério da Saúde. Dentre as atividades deveria fazer parte a definição de alocação de recursos de investimento e custeio de ações de saúde e de projetos específicos de interesse regional fronteiriço.

O Brasil tem erguido a bandeira da integração econômica na América do Sul para ampliar mercados e estender capacidades de negociação dos países sul-americanos, dotando de relevância política a construção do MERCOSUL para a eliminação de fronteiras entre os mercados dos Estados-parte. Espera-se a mesma disposição para sustentar o diálogo entre os parceiros com vistas ao rompimento das fronteiras na construção da cidadania social no MERCOSUL, com garantia de direitos e acesso as ações e aos serviços de saúde como fatores de estabelecimento de coesão sócio-econômica e de redução de desigualdades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E. Choices in Health Policy— an agenda for the European Union. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Dartmouth Publishing Company Limited, England, 1995.
2. Aguerre MJ, Balbis J, Sarachu JJ, 2002. A Sociedade Civil no MERCOSUL. Guia de Atores. In: Aguerre MJ, Balbis J, Sarachu JJ (autores). A Sociedade Civil no MERCOSUL. Centro de Participação Popular, Montevideo, Uruguay, 2002. p.51-78.
3. ALADI (Asociación Latinoamericana de Integración). Acerca de Aladi – Asociación Latinoamericana de Integración em <http://www.aladi.org/> (acessado em 28/Mar/2005).
4. ALBA (Alternativa Bolivariana para a América), s/data. Que és ALBA. http://www.alternativabolivariana.org/pdf/alba_mice_es.pdf (acessado em 18/Jan/2007).
5. Altvater E, Mahnkopf B. Grenzen der Globalisierung. Münster:Verlag Westfälisches Dampfboot, 1996.
6. Arboleda-Flórez J, Stuart H, Freeman P, González-Block Ma. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington, DC: OPS; 1999.
7. Balbis J. O MERCOSUL Institucional. In: Aguerre MJ, Balbis J, Sarachu JJ (autores). A Sociedade Civil no MERCOSUL. Centro de Participação Popular, Montevideo, Uruguay, 2002. p.9-31.
8. Bambas A, Casas Ja, Drayton Ha, Valdés A. Health and Human Development in the New Global Economy- the contributions and perspectives of civil society in the Americas. PAHO, Washington, DC, 2000.
9. Barcellos C, Peiter P, Rojas Li, Matida A. A Geografia da AIDS nas Fronteiras do Brasil Trabalho realizado para o "Diagnóstico Estratégico da Situação da Aids e das DST nas Fronteiras do Brasil". Convênio Ministério da Saúde/CN DST/Aids; Population Council e USAID. Campinas, 2001. <http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm#1.%20INTRODUÇÃO> O (acessado em 28/Mar/2005).
10. Baron Crespo E. Europa en el Alba de Milenio. Madrid: Acento Editorial;1994.
11. 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.
12. 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.
13. BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Informe MERCOSUL N°.11, novembro de 2006. Departamento de Integração e Programas Regionais, Instituto para a Integração da América Latina e do Caribe – Intal. Argentina. http://www.iadb.org/intal/aplicaciones/uploads/publicaciones/p-Informe_MERCOSUL_11.pdf (acessado em 28/Jan/2007).
14. Bolis M (organizador). Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC. Washington, DC:OPS; 1999.
15. Bouis L. Les relations entre l'Union Européenne et le MERCOSUR, Informe Avaliado e aprovado pelo Conselho Econômico e Social Europeu em 30/1/2002. http://www.ces.fr/ces_dat2/2-3based/frame_rech_avis.htm (acessado em 28/Mar/2005).

16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm (acessado em 8/Jun/2005).
17. Brasil. Encontro com o MERCOSUL. Secretaria-Geral da Presidência da República, Foro Consultivo Econômico-Social do MERCOSUL, Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL, Ministério das Relações Exteriores e Secretaria de Relações Institucionais. Brasília, DF. 2005, 2 ed.
18. Brasil. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Ministério da Integração Regional. Brasília, DF, 2005.
19. Brasil. MERCOSUL A Saúde no MERCOSUL. Ministério da Saúde. 4ª. Edição revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF; 2006.
20. Brasil. Resoluções GMC incorporadas ao Ordenamento Jurídico Nacional nos Estados Partes do MERCOSUL, Oriundas do SGT 11 “Saúde” 9ª. Ministério da Saúde. Edição atualizada, Série E. Legislação de Saúde Gabinete do Ministro, Coordenação Nacional do SGT 11-Saúde/MERCOSUL – Brasil Brasília, DF; 2006.
21. Brasil. Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL RMS (estrutura). Versão 24 de novembro de 2006. Ministério da Saúde. Documento entregue pela Coordenação Nacional do MERCOSUL.
22. Brasil. Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL/SGT 11 “Saúde” (estrutura). Atualizada em 22 de novembro de 2006. Ministério da Saúde 2006d. Documento entregue pela Coordenação Nacional do MERCOSUL.
23. Brasil. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho Nº 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde.
24. Brasil. Comissão de Produtos para a Saúde – A Saúde no MERCOSUL: estágio atual, desafios de integração e perspectivas na área da Comissão de Produtos para Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho Nº 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. p.:69-73.
25. Brasil. Comissão de Vigilância em Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho Nº 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. p.:80-83.
26. Brasil. Comissão de Serviços de Atenção à Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho Nº 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. p.:74-79.
27. Brasil. Texto Básico do Mercosul desde a sua Criação. Mercosul e Integração Regional. Ministério das Relações Exteriores.

- http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/mercosul/mercosul/texto.asp (acessado em 28/Mar/2005).
28. Brasil. Mercosul – Mercado Comum do Sul. Mercosul e Integração Regional. Ministério das Relações Exteriores. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/mercosul/mercosul/mercosul_02.asp (acessado em 28/Mar/2005).
 29. Brasil. MERCOSUL: legislação e textos básicos. Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL e Ministério das Relações Exteriores. Congresso Nacional, Brasília, DF. 2005, 4 ed.
 30. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Faixa de Fronteira. <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/fronteira.shtm?c=3> (acessado em 28/Mar/2005).
 31. Brasil. 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.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Saúde, Ano VI, Nº. 50 Divisão de Jornalismo da Assessoria de Comunicação do MS, Brasília, DF; 2004.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Resoluções incorporadas ao Ordenamento Jurídico Nacional nos quatro Estados Partes do MERCOSUL 3ª. Edição revista e ampliada, Série E. Legislação de Saúde Gabinete do Ministro, Coordenação Nacional do SGT 11-Saúde/MERCOSUL – Brasil Brasília, DF; 2004.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. MERCOSUL A Saúde no MERCOSUL. 2ª. Edição revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, DF; 2003.
 35. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Texto Básico do MERCOSUL desde a sua Criação. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/mercosul/mercosul/texto.asp (acessado em 28/Mar/2005).
 36. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Organograma do MERCOSUL. http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/mercosul/organograma.doc (acessado em 28/Mar/2005).
 37. Busse R, Wismar M, Berman PC. The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press, 2002.
 38. Cabiedes L, Guillén A. ¿Hacia a la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? In: Moreno L, compilador. Unión Europea y Estado del Bienestar. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Madrid, 1997;p.373-403.
 39. Cabiedes L. Reformas recientes en el sector del medicamento en España. Terceras Jornadas Santafesinas y Segundas Federales Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe–1ª.Circunscripción. Octubre del 2004:169-195.
 40. 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/parceriaais/redsahud/forum> (acessado em 23/Mai/2006).
 41. CAN (Comunidad Andina de Naciones). Quiénes somos – Comunidad Andina. <http://www.comunidadandina.org/quienes/can.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 42. CASA (Comunidad Sudamericana de Naciones). Un nuevo modelo de integración de América del Sur. Hacia la Unión Sudamericana de Naciones. Documento final de la

- Comisión Estratégica de Reflexión. <http://www.cumbresudamericana.bo/armado.htm> (acessado em 18/Dez/2006).
43. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Cuentas Nacionales. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2006. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/28063/LCG2332B_2.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
 44. Ciccolella PJ. O capitalismo histórico: entre o proteccionismo e a integração em blocos econômicos. In: Lavinás L, Carleial LMdaF, Nabuco MR (organizadoras) Integração, Região e Regionalismo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994:43-53.
 45. Comisión Europea. Al servicio del ciudadano europeo. Como trabaja la Comisión Europea. Serie Europa en movimiento. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2003.
 46. Comisión Europea. Consulta sobre la acción comunitaria en materia de servicios de salud. Bruselas,26.09.2006,SEC(2006)1195/4,Comunicación de la Comisión, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_es.htm, (acessado em 08/Fev/2007).
 47. Comisión Europea. DG Sanidad y Protección de los Consumidores. Salud pública. http://ec.europa.eu/health/index_es.htm, (acessado em 31/Mai/2006).
 48. Comisión Europea. Doce lecciones sobre Europa. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2003.
 49. Comisión Europea. El ABC del Derecho Comunitario. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2000.
 50. Comisión Europea. El funcionamiento de la Unión Europea. Guía del ciudadano sobre las instituciones de la Unión Europea. Serie Documentación europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;2003.
 51. Comisión Europea. Eurostat: Population et conditions sociales. <http://www.eu.int/comm/eurostat>, (acessado em 24/May/2006).
 52. Comisión Europea. Instituciones y otros órganos de la Unión Europea. Instituciones de la UE. http://europa.eu/institutions/inst/index_es.htm, (acessado em 19/Jul/2006).
 53. Comisión Europea. Los procedimientos decisorios de la Unión. El principio de subsidiariedad y el cometido de los parlamentos nacionales. http://europa.eu/scadplus/constitution/subsidiarity_es.htm, (acessado em 16/Jul/2006).
 54. Comisión Europea. Perspectiva de la política sanitaria. http://ec.europa.eu/comm/health/index_es.htm, (acessado em 31/Mai/2006).
 55. Comisión Europea. Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de La Unión Europea, Los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y Determinados Actos Conexos. Diario Oficial nº. C340 de 10 de noviembre de 1997.<http://europa.eu.int/eur-lex/lex/es/treaties/dat/11997E/htm/11997E.html#0173010078> (acessado em 16/Jul/2006).
 56. Comisión Europea. Tratado de la Unión Europea. Diario Oficial nº. C191 de 29 de julio de 1992. <http://europa.eu.int/eur-lex/lex/es/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>, (acessado em 16/Jul/2006).
 57. Comunidades Europeas. Una Constitución para Europa—constitución adoptada por Jefes de Estado o de Gobierno. Presentación a los ciudadanos. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2004.

58. Condé EAS. *Laços da Diversidade: a Europa Social e o Welfare em Movimento* (1992-2002) [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
59. Coordenadores Nacionais dos Estados Parte do MERCOSUL, 2006. *Oficina de Trabalho A Saúde no MERCOSUL: estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Apresentações. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006.
60. Cortes Españolas. *Constitución Española de 27 de diciembre de 1978*. BOE 29/12/1978. http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/10499, (acessado em 08/Fev/2007).
61. Coutinho MJV. *Democracia, Desenvolvimento e Regionalismo 3o. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política*, Niterói abril 2002. <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint4.4.rtf> (acessado em 28/Mar/2005).
62. Dal Prá KR, Mendes JMR, Regina Mioto CT. *O desafio da integração social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública Suplemento Integração regional entre países e políticas e sistemas de saúde*; 2007.
63. Donabedian A. *Capacity to produce service in relation to need and demand*. In: Donabedian A, editors. *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Boston: Harvard University Press, 1973. p. 418-85.
64. Dorfman A, Roses GTB. *Regionalismo fronteiriço e o “Acordo para os Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios”*. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS p. 195-228; 2005.
65. Draibe SM. *MERCOSUR: la temática social de la integración desde la perspectiva institucional*. <http://www.cefir.org.uy> (acessado em 17/Set/2003).
66. Espada JC. *Direitos Sociais de Cidadania*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1997.
67. España. *Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril, Boletín Oficial del Estado (España) n° 102 (29/4/1986)*. www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_espa/l_014_1986.pdf, (acessado em 16/Set/2006).
68. España. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones*. Madrid: Artes Gráficas Palermo; 2006 <http://publicaciones.administracion.es/> (acessado em 15/Mai2006).
69. European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf, (acessado em 04/Out/2006).
70. Fernandes Neto, P. *Caracterização Geográfica da Faixa de Fronteira Continental Norte do Brasil*. Monografia de Bacharel em Geografia. Departamento de Geografia, Instituto de Geociências, Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza Departamento de Geografia Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.
71. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Duran A, 2002. *Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea?* *Revista Gaceta Sanitaria*, 2002;16(1):5-17.
72. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). *Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado*.

Entrevistas junto aos Coordenadores Nacionais da RMS e do SGT 11 Saúde da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.

73. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Inquérito com Secretários Municipais de Saúde dos Municípios brasileiros da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.
74. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas com Secretários Municipais de Saúde de Cidades-Gêmeas do MERCOSUL de Sant'Ana do Livramento, Dionísio Cerqueira, Barracão, Foz do Iguaçu e Ponta Porã. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.
75. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas junto aos Secretários de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, do Paraná e de Mato Grosso do Sul. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.
76. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Pesquisa Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL, NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ/Pesquisa Saúde na Fronteira. Relatório Consolidado. Entrevistas com Autoridades Sanitárias de Cidades-Gêmeas do MERCOSUL de Rivera, Bernardo de Irigoyen, Puerto Iguazu, Ciudad del Este e Pedro Juan Caballero. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Versão preliminar. Janeiro de 2007.
77. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2 ed. New York: John Wiley & Sons, 1981.
78. Freire JM. El Sistema Sanitario Publico: perspectivas de futuro. In: Fernández García T, Marin Sánchez M, compilación. Estado de Bienestar y socialdemocracia: ideas para el debate. Alianza Editorial. Madrid,2001:129-78.
79. Freire JM. La Atención Primaria de la Salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro Lopez V, coord. El Estado de Bienestar en España. Madrid:Tecnos;2004.p.239-291.
80. Freire JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Sanidad: importancia y retos de la universalización y equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, , Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Editora Ariel,2005:61-99.
81. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. Salud Publica México,1985; 27:438-53.
82. Fundación Sistema. Anales do V Encuentro de Salamanca. El Rumbo de Europa. Salamanca, 21 al 24 de junio de 2006.

83. Gadelha CAG, Costa L. 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 UFMSp. 25-46; 2005.
84. Gallo E, Costa L, Bretas N. Sistema Integrado da Saúde nas Fronteiras: SIS Fronteira e a integração em busca da equidade. In: Costa L (org) Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Regional, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 4151.
85. Giovanella L, Guimaraes L, Lobato L, Nogueira VM e Damacena 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, 23(Sup. 2):S251-266, 2007.
86. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizador. Política de Saúde: o público e privado. Rio de Janeiro, 1996. p. 177-98.
87. 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;2002:213-30.
88. Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M (editors). Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Pontificia Universidad Javeriana, Grupo 9 Salud Internacional, Javegraf, Santa Fe de Bogotá, 1998. p.24-45.
89. Gudynas E. Rumbo a Cochabamba 2006, El camino de la Integración Sudamericana: Una guía de las Cumbres Presidenciales, El proceso de la Comunidad Sudamericana de Naciones. Centro Latino Americano de Ecología Social Desarrollo, Economía, Ecología Equidad –Claes –D3e– e Colectivo de Estudios Aplicados al Desarrollo Social –Ceades–. Noviembre 2006. <http://www.comunidadsudamericana.com/analisis/CumbreSudamericanaClaesCeades.pdf> (acessado em 22/Dez/2006).
90. Gudynas E. Comunidad Sudamericana de Naciones. Las cumbres y la búsqueda de un nuevo marco de integración regional. Revista del Sur, 2006; 168 (noviembre/diciembre):3-16. <http://www.integracionsur.com/publicaciones/GudynasCSNRevSur168.pdf> (acessado em 22/Dez/2006).
91. Gudynas E. América del Sur. Los fantasmas de la integración regional. Revista del Sur, 2006:3-25. <http://www.integracionsur.com/MERCOSUL/GudynasFantasmasIntRegionalRSur166.pdf> (acessado em 22/Dez/2006).
92. Guillén A, Cabiedes L. Towards a National Health Service in Spain: the search for equity and efficiency. Journal of European Social Policy 7(4):319-36.
93. 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.
94. Guimarães L, Freire JM. Los temas de salud em la Unión Europea: su impacto en la sanidad española. Cadernos de Saúde Pública; 2007, 23(Sup. 2): S143-154.

95. Guimarães L, Queiroz VP. Integração Européia e Acordos Fronteiriços em Saúde na Euroregião de Extremadura-Alentejo. In.: MERCOSUL em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária/UFSC (in prelo).
96. Guimarães L, Giovanella L. Municípios Brasileiros Fronteiriços e MERCOSUL: características e iniciativas de cooperação em saúde. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 71, p.248-257, set/dez, 2005.
97. Guimaraes L, Giovanella L. Processo de integração regional no MERCOSUL e as repercussões nos sistema de saúde de cidades fronteiriças. X Congreso Internacional del Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 de outubro de 2005. <http://www.clad.ve/fulltext/0052621.pdf> (acessado em 6/Jan/2007).
98. 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*, 55(10):241-248. 2006
99. Hermans LLMB, Brouwer W. Quality issues on cross-border care: a literature search. Rotterdam/ Utrecht: European Health Management Association; 2003. disponível em <http://www.ehma.org> (acessado em 20/Jan/2003)
100. Hocking B. Regionalismo: uma perspectiva das relações internacionais. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo:Edusc; 2004. p.77-107.
101. House JW. The Frontier Zone: a conceptual problem for policy makers. In: *International Political Science Review*, 1980 Vol. 1 n° 4. p.:456-477.
102. Hubel M, Price C. Action by the European Union on health inequalities. *Eurohealth*,2005;11(4):4-5.
103. Iñesta García A. Políticas de medicamentos. In: Ramón Repullo Labrador J, Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Editora Ariel SA, 2005:131-161.
104. Koivusalo MT. The future of European health policies. *Int J Health Serv* 2005;35(2):325-42.
105. Leidl R (editor). Health care and its financing in the single european market. Amsterdam, Holanda: IOS Press, 1998.
106. Lucchese G. Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ; 2001.
107. Machado L, Haesbaert R, Ribeiro LP, Steimer R, Peiter P, Novaes A. O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual-metodológica. In: Oliveira TCM organizador. Território sem limites. Estudos sobre fronteiras. Campo Grande: Editora UFMS p. 87-130; 2005.
108. 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.
109. Mansito F. Sobre la integración europea. Se hace camino al andar. *ICE*, Jul-Ago 2006. N.º 831:17-29. <http://www.revistasice.com/Estudios/Documen/ice/831/ICE8310105.pdf>, (acessado em 8/Fev/2006).
110. Mariano MP, Barreto MI. Questão subnacional e integração regional: o caso do MERCOSUL. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo:Edusc; 2004. p.21-47.

111. McKee M. European health policy: where now?[Editorial].*European Journal of Public Health* 2005;15(6):557-8.
112. Medeiros M de A. Unidades subnacionais e integração europeia:o caso do comitê das regiões.In:Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores.A dimensão subnacional e as relações internacionais.São Paulo:Edusc;2004.p.159-177.
113. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Tratado de Asunción. Tratado para a Constituição de um Mercado Comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Tratado%20Asunci%20n_PT.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
114. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Brasília para a Solução de Controvérsias. <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/PROTOBRA.pdf> (acessado em 6/Abr/2007).
115. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Ouro Preto. Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do MERCOSUL. http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Ouro%20Preto_PT.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
116. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Reunião de Ministros da Saúde. Decisão Nº. 3/95 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 3/95). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/Dec_003_095_Reunião%20Ministro%20Saúde_At%201_95.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
117. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Criação do Subgrupo de Trabalho Nº. 11 “Saúde”. Resolução Nº. 151/96 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res Nº. 151/96). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
118. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración Presidencial sobre Diálogo Político entre los Estados Partes del MERCOSUR. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003670860_CMC_25-06-1996__DECL-DPR_S-N_ES_DialogoPolit.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
119. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración Presidencial sobre Compromiso Democrático en el Mercosur. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003670856_CMC_25-06-1996__DECL-DPR_S-N_ES_CompromDemo.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
120. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración de los Presidentes de los Estados Partes del MERCOSUR y de la Republica de Bolivia y de la Republica de Chile, “Declaración sobre Malvinas”. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003688464_CMC_1996_ACTA01_DECLARACION_ES_Malvinas.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
121. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Diretrizes para a Elaboração e Revisão de Regulamentos Técnicos do MERCOSUL. Resolução Nº. 152/96 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res Nº. 152/96). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96152.pdf (acessado em 25/Abr/2007).

122. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Nuevas Pautas Negociadoras del Subgrupo de Trabajo N°.3 Reglamentos Técnicos. Resolución N°. 61/97 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 61/97). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097_.PDF (acessado em 25/Abr/2007).
123. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Ushuaia sobre Compromiso Democrático no MERCOSUL, Bolívia e Chile. http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/1998_PROTOCOLO%20DE%20USHUAIA-Compromiso%20democr%20E1tico_port.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
124. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaração Sociolaboral do MERCOSUL. <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/sociolaboralPT.pdf> (acessado em 6/Abr/2007).
125. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración Política del Mercosur, Bolivia y Chile como Zona de Paz. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003671360_CMC_24-07-1998__DECL-DEA_S-N_ES_ZonaPaz.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
126. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 1998d. Pauta Negociadora do SGT N°.11. Resolución 61/97 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 61/97). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097_.PDF (acessado em 25/Abr/2007).
127. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración sobre Malvinas. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003688544_CMC_1999_ACTA01_DECLARACION_ES_Malvinas.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
128. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Declaración Presidencial dos Direitos Fundamentais dos Consumidores do MERCOSUL. http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003672406_CMC_15-12-2000__DECL-DPR_S-N_PT_DerechosConsum.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
129. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Pauta Negociadora do SGT N°.11 Saúde (Revogação da Resolução GMC N°.4/98). Resolución 21/01 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res N°. 21/01). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_061_097_.PDF (acessado em 25/Abr/2007).
130. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Olivos para a Solução de Controvérsias no MERCOSUL. http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Protocolo%20Olivos_PT.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
131. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Programa de Trabalho do MERCOSUL 2004-2006. Decisão N°. 26/03 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 26/03). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/Dec_026_003_Prog%20Trab%20Merc%202004-2006_Atta_02_03.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
132. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Foro Consultivo de Municipios, Estados Federados, Provincias e Departamentos do MERCOSUL. Decisão N°. 41/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec N°. 41/04).

- http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/CMC_DEC_2004-041_FERR_PT_Foro%20Consult%20Municipios.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
133. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL (FEM). Decisão Nº. 33/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 33/04). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_033_04_Fundo%20Setor%20Educativo_Atta_02_04.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
 134. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL. Decisão Nº. 45/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 45/04). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_045_04_Fundo%20Estrutural_Atta_02_04.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
 135. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Regulamento do Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL. Decisão Nº. 24/05 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 24/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_024_005_FERR_ANEXO_Regulamento%20do%20FOCEM_PT.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
 136. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Pauta Negociadora do SGT Nº. 11 “Saúde” (Revogação da Resolução GMC Nº. 21/01). Resolução Nº. 06/05 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL /GMC/Res Nº. 06/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
 137. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Cartilha do Cidadão do MERCOSUL. Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL. Montevideo, 2005.
 138. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao MERCOSUL. <http://www.mercosur.int/msweb/contenidos/pt/infoDestaque.asp> (acessado em 6/Abr/2007).
 139. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Estrutura Institucional do MERCOSUL. <http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/pt/mercosul/estrutura.html> (acessado em 6/Abr/2007).
 140. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Iª. Cúpula Social do MERCOSUL, 2006. Declaração Final. http://www.cut.org.br/publique/media/Declara%20oFinal_logo_211206_.pdf (acessado em 6/Abr/2007).
 141. MERCOSUL (Mercado Comum do Sul). Pauta Negociadora do SGT Nº 11 “Saúde” (Revogação da Resolução GMC Nº. 21/01). Resolução Nº. 06/05 do Grupo do Mercado Comum (Mercosul /GMC/Res Nº 06/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF (acessado em 6/Abr/2007).
 142. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). Información General – Introducción. <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 143. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). Información General – Estructura MERCOSUR. <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 144. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). Declaración Presidencial sobre la Consulta y Concertación Política de los Estados Partes del MERCOSUR.

- <http://www.mercosur.org.uy/espanol/snor/normativa/mccp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
145. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). Normativa – Decisiones Resolución del Consejo del Mercado Común 41/04. <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 146. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). Normativa – Decisiones Resolución del Consejo del Mercado Común 45/04. <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 147. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). Normativa – Decisiones Resolución del Consejo del Mercado Común 33/04. <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 148. MERCOSUR (Mercado Comum do Sul). MERCOSUR/GMC/RES N°. 21/01 Pauta Negociadora Del SGT-11 Salud Normativa – Resoluciones. <http://www.mercosur.org.uy/pagina1esp.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
 149. Morata, F. Gobernanza multinivel en la Unión Europea. VII Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 octubre de 2002. <http://www.clad.org.ve/fulltext/0044413.pdf> (acessado em 6/Abr/2007).
 150. Navarrete M. Región Fronteriza Uruguayo-Brasilera – laboratório social para la integración regional: cooperación e integración transfronteriza. Diploma en Estudios Internacionales e Integración, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica, Montevideo: 2006. Mimeo.
 151. Noack RH. Whiter? Public health in a changing Europe.[Editorial].European Journal of Public Health 2005;15(5):442.
 152. 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.
 153. Oliveros RL. Lo social en el proceso andino de integración. In: La Dimensión Social de la Integración Regional. Centro de Formación para la Integración Regional, Montevideo, DT 11/1995:54-63.
 154. OMS/OMC (Organización Mundial de la Santé/Organización Mundial du Commerce). Les Accords de L'OMC et la Santé Publique: étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC. Organisation Mondiale de la Sante et Organisation Mondiale du Commerce. Geneve, 2002.
 155. OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde). Informe de la Trifrontera – estudio de red fronteriza Brasil-Argentina-Paraguay, 2001 e 2002. Representações da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2002.
 156. OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/dataa. Argentina. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_032.htm (acessado em 26/Abr/2007).
 157. OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/datab. Brasil. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_076.htm (acessado em 26/Abr/2007).
 158. OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/datac. Paraguay. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm (acessado em 26/Abr/2007).

159. OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud), s/datad. Uruguay. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas, Resúmenes. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_858.htm (acessado em 26/Abr/2007).
160. Otero O, Martín Moreno JM, Castellón E. El Sistema Sanitario Español y las Reformas en Europa. En: Saltman RB, Figueras J. Reformas sanitarias en Europa: análisis de las estrategias actuales. OMS,1997:343-66.Edición Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
161. Paton C, Berman PC, Busse R, Ong BN, Rehnberg C, Renck B, Nora Avilés NR, Silio Villamil F, Sundh M, Wismar M. The Europe union and health services: summary. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). The European Union and health services. The impact of the single European market on member states. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 1-13.
162. Peiter PC. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (Sup.2):S237-250, 2007.
163. Peiter PC. Geografia da Saúde na Faixa da Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: IGEO/UFRJ; 2005.
164. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 19:127-40.
165. Podesta B. Seis comentarios sobre la cuestión social. *La Dimensión Social de la Integración Regional*. Centro de Formación para la Integración Regional, Montevideo, DT 11/1995:47-53.
166. Porto MCL, Flores Júnior RG. Acordos preferenciais e de integração na América Latina: uma visão geral. In *Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:278-287.
167. Porto MCL, Flores Júnior RG. O Protocolo de Ouro Preto e os principais protocolos subseqüentes. In *Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:297-301.
168. Porto MCL, Flores Júnior RG. O quadro atual: de globalização e blocos regionais. In *Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:11-19.
169. Prieto NC. O outro lado do novo regionalismo Pós-Soviético e da Ásia-Pacífico: a diplomacia federativa além das fronteiras do mundo ocidental. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. *A dimensão subnacional e as relações internacionais*. São Paulo:Edusc; 2004. p.251-282.
170. 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.
171. Riquelme AM. Migrações brasileiras no Paraguai. In: Oliveira TCM organizador. *Território sem limites. Estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: Editora UFMS p. 49-85; 2005
172. Rodrigues GMA. A inserção internacional de cidades: notas sobre o caso brasileiro. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. *A dimensão subnacional e as relações internacionais*. São Paulo:Edusc; 2004. p.441-462.
173. Rosenmoller M, Lluch M. Meeting the needs of long-term residents in Spain. In: Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, editors. *Patient Mobility in the European Union-learning from experience*. The European Observatory on Health Systems and

Policies.WHO,2006.Chapter5:59-78.

http://www.euro.who.int/Document/Obs/Patient_Mobility.pdf, (acessado em 23/Mai/2006).

174. Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, Glinos IA. Patient mobility: context and issues. In: Rosenmoller M, McKee M, Baeten R, editors. Patient Mobility in the European Union-learning from experience. The European Observatory on Health Systems and Policies.WHO,2006.Chapter1:1-7.
175. Sánchez DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud.
176. 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.
177. Sennes RU. Países intermediários e fóruns multilaterais: algumas considerações. 3o. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói abril 2002. <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint5.1.doc> (acessado em 28/Mar/2005).
178. Silió Villamil F, Romo Avilés N, Prieto Rodríguez MA. The SEM and the Public Procurement of Goods and Services in the Andalusian Health Service. 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.179-211.
179. Silva LIL, Amorim C, Guimarães SP. 1º. de janeiro de 2003, Discurso do Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na Sessão de Posse, no Congresso Nacional, em Brasília. In: Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais, Coleção Países e Regiões, Brasília, DF; 2003:25-46.
180. Silva MG da. O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
181. Simionatto I, Nogueira VMR, Gomez MB. Aspectos Legais do Direito à Saúde In: Simionatto I e Nogueira VMR, organizadoras. Dilemas do MERCOSUL: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lago Editora; 2004. p.81-94.
182. Simionatto I. Singularidades do Estado e da Sociedade Civil no Contexto do MERCOSUL In: Simionatto I e Nogueira VMR, organizadoras. Dilemas do MERCOSUL: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lago Editora; 2004. p.27-47.
183. Soares MG, Franchi MA. Integração de saúde nas fronteiras: o papel do Mato Grosso do Sul na integração das ações de saúde. In: Costa L (org) Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Regional, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 57-63.
184. Sosa AJ. Negociaciones MERCOSUR-UE Buenos Aires, AmerSur, junho de 2004. <http://www.amersur.org.ar/PolInt/NegociacionUE.htm> (acessado em 28/Mar/2005).
185. 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.
186. Sprandel MA. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. Estudos Avançados 20 (57), 2006 p.:137-156.

187. Stuart AM Regionalismo e democracia; o papel do Comitê das Regiões na União Européia 3o. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói abril 2002 disponível em <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint3.4.doc> (acessado em 30/Mar/2005).
188. Stuart AM. Regionalismo e democracia: o surgimento da dimensão subnacional na União Européia. In: Vigevani T, Wanderley LE, Barreto MI, Mariano MP, organizadores. A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo: Edusc; 2004. p.109-157.
189. Trevas VYP. A Federação Brasileira e a Integração Regional: mobilização dos Estados e Municípios para o Fortalecimento das Políticas de Fronteira. In: Costa L (org) Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Regional, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 17-25.
190. UNDP (United Nations Development Programme). Human Development Report, 2006. Human Development Index. <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/documents/hdi2004.pdf> (acessado em 6/Abr/2007).
191. Uruguay. Asunto: Propuesta de Proyecto de Cooperación Técnica Internacional BPB Subregional de OPS Titulo: Salud y Frontera. Ministerio de Salud Pública, Unidad Técnica MERCOSUR Salud. Documento entregue pela Coordenação do MERCOSUL. s/data. Mimeo.
192. Veney JE, Kaluzny AD. Case Studies as na Evaluation Strategy. In: Veney JE and Kaluzny AD. Evaluation and Decision Making for Health Services. Second Edition. Health Administration Press, Michigan, 1991. p.:115-135.
193. Veney JE, Kaluzny AD. Case Study Techniques and Interpretation. In: Veney JE and Kaluzny AD. Evaluation and Decision Making for Health Services. Second Edition. Health Administration Press, Michigan, 1991. p.:137-154.
194. Ventura DFL. As assimetrias entre o Mercosul e a União Européia: os desafios de uma associação inter-regional. Introdução. Barueri, SP: Editora Manole, 2003.
195. Vieira L. Cidadania Global e Estado Nacional. Revista Dados. 1999; 42 (3):395-419.
196. Villamil FS, Rodríguez MAP, Avilés NR. Impacto de las Políticas de la Unión Europea sobre los Sistemas Sanitarios. In: Cabasés JM, Villalbí JR, Airbar C, editores. Investir para la Salud. Prioridades en salud pública. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002, volumen II, p.343-76.
197. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros. Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília, 2007.
198. WHO (World Health Organization). World Health Statistics 2006. <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf> (acessado em 6/Abr/2007).
199. Wismar M, Busse R, Berman P. The Europe Union and Health Services—The Context. In: Busse R, Wismar M, Berman PC (editors). The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press; 2002. p. 17-29.
200. Wismar M, Busse R, Paton C, Silió Villamil F, Romo Avilés N, Prieto Rodríguez MA, Sundh M, Renck B. Transposition of European Directives into National Legislation. 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; 2002:49-59.
201. Wismar M, Lahtinen E, Stahl T, Ollila E, Kimmo L. Introduction. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in All Policies. Prospects and potentials.

Finland's Ministry of Social Affairs and Health,2006.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/inter/eu2006/hiap/index.htx.i1153.pdf>,
(acessado em 08/Fev/2007).

202. Worz M, Foubister T, Busse R. Access to health care in the EU Member States. Euro Observer,8(2):1-4. http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver8_2.pdf
(acessado em 22/Set/2006).

**LISTAS DE:
QUADROS, TABELAS, MAPAS E GRÁFICOS**

QUADROS

CAPÍTULO 3 – INTEGRAÇÃO EUROPÉIA E ACORDOS FRONTEIRIÇOS EM SAÚDE NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

Quadro 1 – Repercussões das liberdades de circulação do mercado interno europeu nas políticas e sistemas de saúde dos Estados membros.....	81
Quadro 2 – Ano de Criação e Objetivos dos Fundos Estruturais e de Coesão Europeus.....	84
Quadro 3 – Vertentes, Ações e Objetivos do Eixo Fomento à Cooperação e à Integração Social e Institucional no Interreg IIIA.....	86
Quadro 4 – Indicadores Econômicos e de Saúde de Espanha e de Portugal.....	92
Quadro 5 – Partilha de Responsabilidades dos Sistemas de Saúde de Espanha e de Portugal.....	96
Quadro 6 – Campos de Ação e Atividades dos Projetos de Saúde da Euroregião de Extremadura—Alentejo, no período de 2000 a 2006.....	102

CAPÍTULO 4 – AGENDA REGIONAL DA SAÚDE: INTEGRAÇÃO E ESTRUTURA NO MERCOSUL

Quadro 1 – Modalidades de Integração Econômica e Atividades Compartilhadas.....	119
Quadro 2 – Integração na América do Sul e Adesão de Países, situação em 2006.....	122
Quadro 3 – Características do Mercosul por Estados Parte.....	124
Quadro 4 – Mercosul: Adesão de Países e Instrumentos Constitutivos em Quatro Momentos, de 1985 a 2006.....	126
Quadro 5 – Composição dos Recursos do Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul, 2006.....	133
Quadro 6 – Estrutura Decisória Política do Mercosul: Conselho do Mercado Comum (CMC), 2006.....	138
Quadro 7 –Estrutura Decisória Executiva e de Iniciativa do Mercosul: Grupo do Mercado Comum (GMC), 2006.....	139
Quadro 8 – Estrutura Decisória de Acompanhamento do Mercosul: Comissão de Comércio do Mercosul (CCM), 2006.....	141
Quadro 9 – Internalização de Normas Regionais nos Estados Partes e no Mercosul, de 1991 a Março de 2006.....	142
Quadro 10 – Agenda do Mercosul Social, a partir do Plano de Trabalho 2004-2006.....	144
Quadro 11 – Evolução da Tarefa Geral e das Áreas de Trabalho do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum (GMC) de Acordo com a Pauta Negociadora, de 1998 a 2005.....	151
Quadro 12 – Estrutura do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum (GMC) do Mercosul, 2006.....	154
Quadro 13 – Momentos de Regulamentação de Resoluções Originárias do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum (GMC): harmonização, internalização e implementação.....	156
Quadro 14 – Avanços em Harmonizações nas Comissões do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum (GMC) do Mercosul, 2006.....	157
Quadro 15 – Consolidado da Situação de Resoluções das Comissões do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum (GMC) do Mercosul, 2006.....	159
Quadro 16 – Consolidado de Resoluções Internalizadas por Comissão do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde) do Grupo do Mercado Comum (GMC) do Mercosul no período de 1992 a 2005.....	160
Quadro 17 – Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Conselho do Mercado Comum (CMC) do Mercosul: organismos integrantes e ano de criação, 2006.....	163

Quadro 18 – Temas de Saúde Desenvolvidos nas Comissões da Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Conselho do Mercado Comum (CMC) do Mercosul, 2006.....164

Quadro 19 – Acordos firmados na Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Conselho do Mercado Comum (CMC) do Mercosul, 2006.....165

CAPÍTULO 6 – CIDADES-GÊMEAS DO MERCOSUL: INTEGRAÇÃO REGIONAL E SAÚDE

Quadro 1 - Características das Cidades-Gêmeas do Mercosul estudadas.....210

Quadro 2 - Rede de saúde do SUS no Município integrante dos Casos de Cidades-Gêmeas estudado.....214

Quadro 3 – Avaliação pelo SMS do Primeiro Motivo mais Importante no País de Origem para a Busca pelos Serviços de Saúde da Cidade-Gêmea.....221

Quadro 4 - Iniciativas em Saúde Relacionadas à Situação de Fronteira pelas Cidades-Gêmeas.....230

Quadro 5 - Áreas de Necessidades de Acordos Bilaterais em Saúde na Perspectiva do SMS.....231

TABELAS

CAPÍTULO 1 – INTEGRAÇÃO EUROPEIA E POLÍTICAS DE SAÚDE: REPERCUSSÕES DO MERCADO INTERNO EUROPEU NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tabela 1 – Cronologia da Adesão de Países e dos Tratados da União Europeia27

CAPÍTULO 3 – INTEGRAÇÃO EUROPEIA E ACORDOS FRONTEIRIÇOS EM SAÚDE NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

Tabela 1 – Os Tratados e a Evolução da Adesão à União Europeia de 6 a 27 Estados-membros75

Tabela 2 – Informações Territoriais, Demográficas e de Saúde da Euroregião de Extremadura-Alentejo.....97

CAPÍTULO 5 – MUNICÍPIOS BRASILEIROS FRONTEIRIÇOS E MERCOSUL: CARACTERÍSTICAS E INICIATIVAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE

Tabela 1 - Características dos Municípios brasileiros fronteiriços com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005.185

Tabela 2 - Características da rede pública de serviços de saúde nos Municípios brasileiros fronteiriços com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005.....186

CAPÍTULO 7 – 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

Tabela 1 - Caracterização dos municípios brasileiros pesquisados da linha de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005.....256

Tabela 2 - Características da fronteira, fluxos e trânsitos transfronteiriços segundo secretários municipais de saúde. Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005.....258

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.....261

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.....263

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.....265

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.....266

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.....268

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.....270

MAPAS

CAPÍTULO 3 – INTEGRAÇÃO EUROPEIA E ACORDOS FRONTEIRIÇOS EM SAÚDE NA EUROREGIÃO DE EXTREMADURA-ALENTEJO

Mapa 1 – Interreg III A Cooperação Transfronteiriça, Programa para a Fronteira Portugal-Espanha, 2000-2006.....91

CAPÍTULO 6 – CIDADES-GÊMEAS DO MERCOSUL: INTEGRAÇÃO REGIONAL E SAÚDE

Mapa 1 - Cidades-Gêmeas da Zona de Fronteira do Brasil.....209

GRÁFICOS

CAPÍTULO 6 – CIDADES-GÊMEAS DO MERCOSUL: INTEGRAÇÃO REGIONAL E SAÚDE

Gráfico 1 - Tipos de fluxos e trânsito na fronteira das Cidades-Gêmeas estudadas.....	213
Gráfico 2 - Avaliação pelo SMS do Funcionamento do Sistema Público de Saúde da Cidade-Gêmea Estrangeira.....	215
Gráfico 3 - Avaliação pelo SMS do Funcionamento do Sistema Público de Saúde do Próprio Município	216
Gráfico 4 - Avaliação pelo SMS do Funcionamento do Sistema Público de Saúde da Região do lado brasileiro.....	217
Gráfico 5 - Principal ocupação do estrangeiro que busca atendimento no SUS em Cidades-Gêmeas estudadas.....	220
Gráfico 6 - Tipos de Ações de Saúde que o Estrangeiro Busca no SUS de Acordo com o SMS.....	224

SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALADI	Associação Latino-Americana de Integração
ALALC	Associação Latino-Americana de Livre Comércio
ALCA	Área de Livre Comércio das Américas
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAN	Comunidade Andina de Nações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASA	Comunidade Sul-Americana de Nações
CCAA ou CA	Comunidades Autônomas
CCM	Comissão de Comércio do MERCOSUL
CEE	Comunidade Económica Européia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFP	Comissão para a Formação do Parlamento do MERCOSUL
CJE	Corte de Justiça Européia
CMC	Conselho do Mercado Comum
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPC	Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL
DAPS	Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
DG	Direções Gerais
DG SANCO	Dirección General de Salud Publica y Protección de los Consumidores
DST-AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
EM	Estados miembros/Estados Membros
EMEA	Agencia Europea de Medicamentos
ENS/ISCIII/MSC	Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Salud y Consumo
ENSP/FIOCRUZ/MS	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
EU	European Union
EUROSTAT	European Union Statistics
FC	Fundo de Coesão
FCES	Fórum Consultivo Económico e Social
FEDER	Fundo de Desenvolvimento Regional
FEOGA	Fundo de Orientação e Garantia Agrícola

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOCEM	Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL
FSE	Fundo Social Europeu
GIT	Gabinetes de Iniciativas Transfronteiriças
GMC	Grupo do Mercado Comum
HIAP	Health in All Policies
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IVA	Imposto de Valor Agregado
MAC	Método aberto de coordenação
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
NUPES	Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONG	Organização Não Governamental
OPS/OMS	Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud
PIB	Produto Interno Bruto
PDFF	Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PR	Paraná
RMS	Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SES	Secretário de Estado da Saúde
SGT 11 SAÚDE	Subgrupo de Trabalho 11 Saúde
SIS-FRONTIERAS	Projeto de Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SM	Secretaria do MERCOSUL
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SMSs	Secretários Municipais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Salud/Servicio Nacional de Salud
SNSE	Sistema Nacional de Salud de España
SNSP	Serviço Nacional de Saúde de Portugal
SUS	Sistema Único de Saúde
TAT	Tribunal Administrativo-Trabalhista do MERCOSUL
TEC	Tarifa externa comum
TIS	Tarjeta Individual Sanitária

TPR	Tribunal Permanente de Revisão do Mercosul
TSE	Tarjeta Sanitaria Europea
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Unión Europea
UNDP	United Nations Development Program
WHO	World Health Organization

ANEXOS
INSTRUMENTOS DA PESQUISA: ROTEIROS E QUESTIONÁRIO

ANEXO 1

ROTEIRO DE ESTUDO DE CASO DAS CIDADES-GÊMEAS - LADO BRASILEIRO

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde**

**Saúde nas Fronteiras:
estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**

**Trabalho de campo:
Roteiro de visita às cidades-gêmeas - lado brasileiro
Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL**

Cidades brasileiras

No Rio Grande do Sul: Sant'Ana do Livramento

Em Santa Catarina: Dionísio Cerqueira

No Paraná: Barracão e Foz do Iguaçu

Em Mato Grosso do Sul: Ponta Porã

1. Contato com o Secretário Municipal de Saúde

Apresentar a proposta de pesquisa

Entregar carta de apresentação, cópia do projeto, termos de consentimento e solicitar autorização para a realização da pesquisa.

Entrevistar o Secretário Municipal de Saúde – roteiro semi-estruturado.

Aplicar questionário – instrumento estruturado

Solicitar indicação de unidade de saúde a visitar e de pessoa a entrevistar sobre fluxos de estrangeiros e acesso aos serviços

Sondar possibilidade de contato com o prefeito

2. Obter Documentos sobre

Registros de atendimentos a estrangeiros

Acordos de atenção à saúde com município vizinho

Planos Municipais de Saúde – ou relatórios que abordem a questão saúde na fronteira

3. Visitar unidades de Saúde indicada pelo SMS como sendo a mais importante no atendimento a estrangeiros

Nome, tipo de unidade

Localização da unidade em relação a fronteira e acessos

Observar recepção de pacientes, acolhimento, triagem, agendamento, documentos solicitados; sala de espera – como são recebidos os usuários?

Indagar sobre atendimentos a estrangeiros: com recepcionista, gerente da unidade médico, segurança.

Estrutura física: (limpeza, conforto, sala de espera, banheiros).

Principais tipos de atendimentos e atividades realizadas: emergência, pronto atendimento, internações, consultas médicas, especialidades, imunização, alta complexidade etc

Sistema de informação: quais os registros de informações sobre pacientes e atendimentos?

Como são realizadas as referências para serviços mais complexos? Identificar fluxos (encaminhamentos) para internações, exames (tipos) e consultas especializadas.

Conversar com um paciente estrangeiro?

4. Observar a fronteira

Tipo de fronteira e distância das cidades

Do lado brasileiro entrada e saída

Do lado estrangeiro entrada e saída

Observar controles realizados para estrangeiros e cidadãos do país: observar um atendimento a brasileiro e um atendimento a estrangeiro

Aplicar questionário Bloco III com respectivos funcionários das fronteiras e perguntar sobre: instituições atuantes, normas e restrições para residentes na fronteira diferenciando de outros viajantes (número de entradas e saídas), fluxos de mercadorias e pessoas, fluxo de doentes, controle de ambulâncias etc.

Visitar posto da Anvisa e Posto do Ministério da Agricultura (trailers).

5. Visitar a cidade estrangeira e observar serviço de saúde mesmo não se tratando de caso de visita

6. Contato Consul estrangeiro local – se existir

7. Fazer contato com regional de saúde estadual se existir

Histórico da descentralização

Data/ano da primeira habilitação NOB 93: ___/___ Condição _____

Data/ano de outra habilitação NOB 93: ___/___ Condição _____

Data/ano habilitação NOB 96: ___/___ Condição _____

Data/ano de habilitação NOAS: ___/___ Condição _____

Municipalização dos serviços de saúde

Estaduais: Unidades ambulatoriais ___/___ Unidades hospitalares ___/___

Federais: Unidades ambulatoriais ___/___ Unidades hospitalares ___/___

8. Entrevista com o SMS da Cidade-Gêmea brasileira

A entrevista antecede a aplicação do questionário

Iniciar preenchendo perfil do SMS e dados da SMS no questionário

- 1 O fato de o seu município estar localizado na linha de fronteira tem implicações para a organização do SUS? Quais?
- 2 Quais relações e fluxos formais e informais existem entre o sistema de saúde do seu município com o sistema ou com os serviços de saúde do país vizinho/ cidade estrangeira vizinha?
- 3 Quais as ações de saúde são procuradas pela população do país vizinho nos serviços de saúde do SUS Municipal ?
- 4 Quais ações/ estratégias o seu Município tem realizado para responder às pressões por atendimento de estrangeiros ? Há acordos com o país vizinho?
- 5 Se os brasileiros buscam atendimento no outro país perguntar. Quais as ações de saúde a população brasileira busca nos serviços de saúde do país vizinho ?
- 6 Quais ações/ estratégias o país vizinho tem realizado para responder às pressões por atendimento da parte de brasileiros ?
- 7 Quais características do sistema de saúde do país vizinho podem estar influenciando na busca de estrangeiros por serviços de saúde no SUS ?
- 8 Quanto à circulação entre fronteiras de profissionais de saúde: Existem profissionais de saúde estrangeiros atuando em seu município ou vice versa? A situação destes profissionais está regularizada?

Elaborar Relatório de campo

Seguindo estrutura do questionário

ANEXO 2

ROTEIRO DE ESTUDO DE CASO DAS CIDADES-GÊMEAS - LADO ESTRANGEIRO

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

**Saúde nas Fronteiras:
estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**

**Trabalho de campo:
Roteiro de visita às cidades-gêmeas - lado estrangeiro
Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL**

Cidades estrangeiras

No Uruguay: Rivera, vizinha de Sant'Ana do Livramento/RS

Na Argentina: Bernardo de Irigoyen, vizinha de Dionísio Cerqueira/SC e de Barracão/PR; e Puerto Iguazu, vizinha de Foz do Iguaçu/PR

No Paraguai: Ciudad del Leste, vizinha de Foz do Iguaçu/PR; e Pedro Juan Caballero, vizinha de Ponta Porã/MS

1. Contato com Autoridade Local de Saúde

Apresentar a proposta de pesquisa

Entregar carta de apresentação, cópia do projeto, termo de consentimento e solicitar autorização para a realização da pesquisa.

Entrevistar a Autoridade Local de Saúde – roteiro semi-estruturado.

Aplicar questionário simplificado – instrumento estruturado

Identificar serviços de saúde públicos disponíveis na localidade

Solicitar indicação de unidade de saúde a visitar e de pessoa a entrevistar sobre fluxos de cidadãos do país e de brasileiros para acesso aos serviços de saúde na fronteira

2. Contato com Autoridade Departamental de Saúde

Apresentar a proposta de pesquisa, entregar carta de apresentação, cópia do projeto, termo de consentimento e solicitar autorização para a realização da pesquisa.

Entrevistar a Autoridade Departamental de Saúde – roteiro semi-estruturado.

Aplicar questionário simplificado – instrumento estruturado

Identificar serviços de saúde públicos disponíveis na localidade

Solicitar indicação de unidade de saúde a visitar e de pessoa a entrevistar sobre fluxos de cidadãos do país e de brasileiros para acesso aos serviços de saúde na fronteira

3. Conhecer a organização do sistema de saúde na cidade/ país

Discutir em todas as entrevistas:

formas de proteção social à saúde, cobertura populacional e acesso aos serviços públicos, estrutura e organização dos serviços públicos no país, identificar serviços de saúde públicos disponíveis na localidade

4. Obter Documentos sobre:

Registros de atendimentos a estrangeiros
Acordos de atenção à saúde com município vizinho
Planos e relatórios que abordem a questão saúde na fronteira

5. Visitar unidades de Saúde indicada por autoridade local e por autoridade departamental como sendo as mais importantes no atendimento a estrangeiros

Sugestões para Observação na visita à unidade de saúde
Nome, tipo de unidade, propriedade, forma de financiamento
Localização da unidade em relação a fronteira e acessos
Observar recepção de pacientes, acolhimento, triagem, agendamento, documentos solicitados; sala de espera – como são recebidos os usuários?
Indagar sobre atendimentos a estrangeiros: com recepcionista, gerente da unidade médico, segurança.
Estrutura física: (limpeza, conforto, sala de espera, banheiros).
Principais tipos de atendimentos e atividades realizadas: emergência, pronto atendimento, internações, consultas médicas, especialidades, imunização, alta complexidade etc
Sistema de informação: quais os registros de informações sobre pacientes e atendimentos?
Como são realizadas as referências para serviços mais complexos? Identificar fluxos (encaminhamentos) para internações, exames (tipos) e consultas especializadas.
Conversar com um paciente brasileiro?

6. Contato com Autoridade Regional de Saúde do Ministério de Saúde – se existir

Apresentar a proposta de pesquisa
Entregar carta de apresentação, cópia do projeto, termo de consentimento e solicitar autorização para a realização da pesquisa.
Entrevistar a Autoridade Regional de Saúde – roteiro semi-estruturado
Discutir formas de proteção social à saúde e estrutura de serviços públicos e identificar serviços de saúde públicos disponíveis na localidade

7. Observar a fronteira

Tipo de fronteira e distância das cidades
Do lado brasileiro entrada e saída
Do lado estrangeiro entrada e saída
Observar controles realizados para estrangeiros e cidadãos do país: observar um atendimento a brasileiro e um atendimento a estrangeiro
Aplicar questionário Bloco III com respectivos funcionários das fronteiras e perguntar sobre: instituições atuantes, normas e restrições para residentes na fronteira diferenciando de outros viajantes (número de entradas e saídas), fluxos de mercadorias e pessoas, fluxo de doentes, controle de ambulâncias etc.
Visitar posto da Anvisa e Posto do Ministério da Agricultura (trailers).

8. Contato Consul Brasileiro local – se existir

9. Características da cidade: população, atividade econômica principal

10. Entrevista com a Autoridade Sanitária da Cidade-Gêmea estrangeira

Iniciar preenchendo perfil do SMS e dados da SMS no questionário

- 1 Como está organizado o sistema público de saúde em seu município/país? Como é o acesso e a cobertura da população ?
- 2 O fato de o seu município estar localizado na linha de fronteira tem implicações para a organização do sistema de saúde local? Quais?
- 3 Quais relações e fluxos formais e informais existem entre o sistema de serviços de saúde do seu município com o sistema de saúde da cidade brasileira vizinha?
- 4 Se ocorrer busca de serviços por brasileiros perguntar - Quais ações/ estratégias o seu Município tem realizado para responder às pressões por atendimento de brasileiros ? (Há acordos com o município brasileiro)?
- 5 Quais ações de saúde a população de seu município busca nos serviços de saúde do Brasil?
- 6 Quais características do sistema de saúde de seu país podem estar influenciando na busca de serviços de saúde no SUS ?
- 7 Quanto à circulação entre fronteiras de profissionais de saúde: Existem profissionais de saúde estrangeiros atuando em seu município ou vice versa? A situação destes profissionais está regularizada?
- 8 O SUS- Sistema Único de Saúde brasileiro é um sistema de acesso universal a todos os cidadãos do país com financiamento fiscal a partir de impostos. Comparando com o sistema de saúde do Paraguay/ Argentina ou Uruguay quais são as vantagens e desvantagens deste tipo de sistema?

Elaborar Relatório de campo
Seguindo estrutura do questionário

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SES DO LADO BRASILEIRO

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

**Saúde nas Fronteiras:
estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**

**Trabalho de campo:
Roteiro de visita às cidades-gêmeas - lado brasileiro
Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL**

Estados brasileiros

Rio Grande do Sul
Santa Catarina
Paraná
Mato Grosso do Sul

1. Entrevista com Secretário de Estado da Saúde brasileiro

Iniciar preenchendo perfil do SES

1. Saúde na fronteira

- O fato do Estado ser estado de fronteira tem implicações para as políticas e sistemas de saúde? Quais?
- Quais relações e fluxos formais e informais existem entre o sistema de saúde do seu estado e os países vizinhos? (Argentina, Paraguai e Uruguai)
- Em relação aos serviços de referência, quais as ações de saúde são demandadas pela população dos países vizinhos nos serviços de saúde do SUS estadual?
- Existe alguma recomendação quanto ao atendimento de estrangeiros nos serviços estaduais de referência?
- Quais ações/ estratégias/ iniciativas o seu estado tem realizado relacionadas ao atendimento de estrangeiros? Há acordos ou alguma iniciativa de ação conjunta com os países vizinhos?
- Perguntar também se for o caso: Quais ações/ estratégias o país vizinho (Uruguai, Argentina) tem realizado para responder às pressões por atendimento da parte de brasileiros?
- Quanto à circulação entre fronteiras de profissionais de saúde: Como Sr avalia situação? Existem profissionais de saúde estrangeiros atuando em seu estado ou vice versa? A situação destes profissionais está regularizada?
- Quais características do sistema de saúde da Argentina podem estar influenciando na busca de estrangeiros por serviços de saúde no SUS?
- Quais características do sistema de saúde do Uruguai podem estar influenciando na busca de estrangeiros por serviços de saúde no SUS?

- Na sua opinião, quais seriam os acordos necessários entre os países para tratar de questões de saúde na fronteira ?

II. Repercussões da integração entre países sobre políticas e sistemas de saúde

- Quais as repercussões da integração entre países no Mercosul sobre as políticas e sistemas de saúde? Ou quais as possíveis repercussões na sua opinião?
- Quais as repercussões positivas mais importantes do avanço da integração com o Mercosul no acesso às ações e serviços de saúde ?
- Quais as repercussões negativas mais importantes do avanço da integração com o Mercosul no acesso às ações e serviços de saúde ?
- Os países do Mercosul têm sistemas de saúde muito distintos. Como o Sr avalia a possibilidade de integração dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul? Qual futuro o Sr vislumbra no processo de integração dos sistemas de saúde no Mercosul?
- Quais temas o Sr indicaria para compor uma pauta de discussão do MERCOSUL em relação à saúde?
- Qual o significado do SIS fronteira para a integração entre os sistemas de saúde dos países e para melhoria do acesso nas regiões de fronteira?? Como você entende o papel dos estados no SIS Fronteira?

ANEXO 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS COORDENADORES NACIONAIS DO SGT 11 SAÚDE E DA RMS

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

Saúde nas Fronteiras:
estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL

Trabalho de campo:
Roteiro de visita com os Coordenadores Nacionais do SGT 11 Saúde e RMS
Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL

Coordenadores Nacionais

Argentina
Brasil
Paraguay
Uruguay

1. Entrevista com o Coordenador Nacional do SGT 11 Saúde e da RMS

Iniciar preenchendo perfil do Coordenador

I. Saúde no Mercosul

- O fato do Estado ser estado de fronteira tem implicações para as políticas e sistemas de saúde? Quais?
- De que modo a questão do acesso aos serviços e às ações de saúde entre os Estados-Parte tem sido tratada no âmbito das discussões do Mercosul ?
- Quais os consensos mais importantes entre os Estados-Parte com relação ao tema da atenção à saúde no Mercosul ?
- Quais os temas divergentes mais significativos entre Estados-Parte com relação ao tema da atenção à saúde no Mercosul ?
- De acordo com a sua experiência quais os desafios ainda não foram superados com relação à atenção à saúde no processo de integração regional no Mercosul ?
- Na sua avaliação qual será a tendência futura no que tange ao acesso aos serviços de saúde no âmbito do Mercosul ?

II. Políticas e sistemas de saúde do seu País e Mercosul

- Quais as diretrizes o seu País tem pautado na discussão no Mercosul sobre serviços de atenção à saúde junto aos demais Estados Parte ?
- Existem prioridades políticas na saúde no seu País que se relacionam com a integração regional no Mercosul ?

- Existe no seu País alguma política, programa ou diretriz de saúde específica para a questão de saúde na fronteira e de atenção à saúde aos estrangeiros nacionais dos Estados-Parte ?
- De que modo o MS do seu país se estruturou para a discussão da saúde no Mercosul ?
- Com relação ao livre acesso de nacionais dos Estados-Parte, na perspectiva da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no seu País quais seriam entraves ou dificuldades ?
- Quais seriam fatores facilitadores ?
- Quais aspectos da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde nas fronteiras ?
- Quais podem dificultar ?

III. Repercussões da integração no Mercosul nas políticas e sistemas de saúde do seu País

- Quais as repercussões já pode indicar da integração regional no Mercosul sobre as políticas e sistema de saúde no seu País ? Positivas e Negativas
- Os Estados-Parte têm políticas e sistemas de saúde muito distintos. Como avalia as possibilidades futuras dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul ? 36 e 37 fazer uma só
- Qual futuro vislumbra no Mercosul quanto ao acesso aos serviços de saúde ?
- Na sua opinião, quais seriam os acordos necessários entre os Estados-Parte para avançar em questões de saúde e assistência no Mercosul ?
- Quais temas indica para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde e a assistência ao cidadão ?
- Qual é em sua opinião o papel dos Ministérios da Saúde e dos demais níveis governamentais na discussão do acesso à saúde no Mercosul ?

ANEXO 5

CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS BRASILEIROS

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde**

**Saúde nas Fronteiras:
estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**

Municípios brasileiros da faixa de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai

Município	Fronteiriço (1)	Totalmente localizado na faixa de fronteira (2)	Com sede localizada na linha de fronteira	Com sede dentro da faixa de fronteira	Fronteiriço com sede a menos de 10 Km da linha de fronteira
RS 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	
Aceguá	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		
Total	11	11	5	6	0
RS 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	
Total	18	18	9	9	1

Municípios brasileiros da faixa de fronteira com Argentina, Paraguai, Uruguai

Município	Fronteiriço (1)	Totalmente localizado na faixa de fronteira (2)	Com sede localizada na linha de fronteira	Com sede dentro da faixa de fronteira	Fronteiriço com sede a menos de 10 Km da linha de fronteira
SC 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	
Paraíso	X	X		X	
São José do Cedro	X	X		X	
Princesa	X	X		X	X
Dionísio Cerqueira	X	X	X		
Total	10	10	1	9	2
PR fronteira com Argentina					
Barracão	X	X	X		
Bom Jesus do Sul	X	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	
Total	8	8	7	2	5
PR 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 Bragado	X	X		X	
Mercedes	X	X		X	
Guaira	X	X	X		
Total	9	11	3	8	1
MS 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		
Antonio João	X	X	X		X
Bela Vista	X	X	X		
Caracol	X	X		X	
Porto Murtinho	X	X	X		
Total	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. (2) faixa de fronteira - até 150 Km da linha de fronteira.

Rede Assistencial de Saúde e cobertura do Saúde da Família, Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Estado/Município	Pop.	Equipes de Saúde da Família		Equipes de Saúde Bucal		Agentes Comunitários de Saúde	
	IBGE -						
	2004	Unidades	% cob.	Unidades	% cob.	Unidades	% cob.
RS fronteira com Uruguai							
Chuí	5.957	0	0	0	0	0	0
Santa Vitória do Palmar	34.143	3	30,5	2	40,7	23	39,0
Jaguarão	31.041	0	0	0	0	19	35,5
Herval	7.280	3	100,0	3	100,0	15	100,0
Pedras Altas	2.674	0	0	0	0	0	0
Aceguá	4.074	1	81,3	1	100,0	8	100,0
Bagé	119.019	15	43,9	10	58,5	86	41,9
Dom Pedrito	41.365	0	0	0	0	27	37,7
Santana do Livramento	95.148	0	0	0	0	5	3,0
Quaraí	24.781	0	0	0	0	24	56,1
Barra do Quaraí	4.134	0	0	0	0	0	0
Total	369.616	22	-	16	-	207	-
RS fronteira com Argentina							
Uruguaiana	132.109	1	2,6	1	5,3	63	27,7
Itaqui	41.456	1	8,4	1	16,8	25	35
São Borja	66.467	13	67,8	0	0	16	66,1
Garruchos	3.882	1	90,0	1	100,0	8	100,0
São Nicolau	6.213	2	100,0	2	100,0	16	100,0
Roque Gonzales	7.387	0	0	0	0	12	92,1
Pirapó	3.158	1	100,0	1	100,0	7	100,0
Porto Xavier	11.294	0	0	0	0	0	0
Porto Lucena	6.111	2	100,0	1	100,0	14	100,0
Porto Vera Cruz	2.307	0	0	0	0	0	0
Alecrim	7.825	0	0	0	0	17	100,0
Porto Mauá	2.740	1	100,0	0	0	7	100,0
Novo Machado	4.420	2	100,0	2	100,0	12	100,0
Dr. Maurício Cardoso	5.974	2	100,0	1	100,0	14	100,0
Crissiumal	14.173	4	95,7	2	95,7	30	100,0
Tiradentes do Sul	6.870	1	49,1	1	98,3	18	100,0
Esperança do Sul	3.472	2	100,0	2	100,0	9	100,0
Derrubadas	3.406	1	99,1	1	100,0	8	100,0
Total	329.264	34	-	16	-	276	-
SC fronteira com Argentina							
Itapiranga	13.550	5	100,0	5	100,0	37	100,0
Tunápolis	4.493	2	100,0	1	100,0	12	100,0
Santa Helena	2.431	1	100,0	1	100,0	6	100,0
Belmonte	2.320	1	100,0	1	100,0	6	100,0
Bandeirante	2.957	1	100,0	1	100,0	8	100,0
Guaraciaba	10.526	4	100,0	3	100,0	27	100,0
Paraíso	4.311	2	100,0	1	100,0	12	100,0
São José do Cedro	13.233	4	100,0	2	100,0	32	100,0
Princesa	2.500	1	100,0	1	100,0	6	100,0
Dionísio Cerqueira	14.466	5	100,0	3	100,0	34	100,0
Total	70.787	26	-	19	-	180	-

Rede Assistencial de Saúde e cobertura do Saúde da Família, Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 2005

Estado/Município	Pop. IBGE - 2004	Equipes de Saúde da Família		Equipes de Saúde Bucal		Agentes Comunitários de Saúde	
		Unidades	% cob.	Unidades	% cob.	Unidades	% cob.
		PR fronteira com Argentina					
Barracão	9.111	3	100,0	1	100,0	23	100,0
Bom Jesus do Sul	3.972	2	100,0	2	100,0	10	100,0
Sto. Antônio do Sudoeste	18.044	2	38,3	0	0	36	100,0
Pranchita	5.876	2	100,0	2	100,0	16	100,0
Pérola D'Oeste	6.852	3	100,0	0	0	18	100,0
Planalto	13.727	4	99,8	2	99,8	23	95,7
Capanema	17.780	3	57,8	1	77,1	23	73,9
Serranópolis do Iguaçu	4.891	2	100,0	1	100,0	10	100,0
Total	80.253	21	-	9	-	159	-
PR fronteira com Paraguai							
Foz do Iguaçu	286.285	25	30,8	7	19,7	238	48,9
Santa Terezinha de Itaipu	20.080	-	-	-	-	-	-
São Miguel do Iguaçu	26.010	6	80,3	0	0	24	53,5
Itaipulândia	7.913	3	100,0	2	100,0	17	100,0
Missal	10.452	2	66,0	2	100,0	22	100,0
Santa Helena	21.152	2	32,9	1	65,7	24	65,7
Entre Rios do Oeste	3.491	1	99,9	1	100,0	8	100,0
Marechal Cândido Rondon	43.401	0	0	0	0	0	0
Pato Bragado	4.259	1	82,0	0	0	6	82,0
Mercedes	4.772	2	100,0	1	100,0	12	100,0
Guaira	28.115	4	48,9	3	73,3	22	44,8
Total	455.930	46	-	17	-	373	-
MS fronteira com Paraguai							
Mundo Novo	14.764	3	68,4	2	91,2	21	79,7
Japorã	6.795	1	49,9	1	99,9	17	100,0
Sete Quedas	9.291	2	71,2	2	100,0	17	100,0
Paranhos	10.513	3	98,4	2	100,0	25	100,0
Coronel Sapucaia	13.295	2	52,3	2	100,0	23	100,0
Aral Moreira	8.055	0	0	0	0	0	0
Ponta Porã	64.972	6	29,7	3	29,7	94	77,6
Antonio João	7.723	3	100,0	3	100,0	18	100,0
Bela Vista	22.827	4	66,1	4	100,0	49	100,0
Caracol	4.858	2	100,0	2	100,0	12	100,0
Porto Murtinho	13.521	1	25,6	1	51,2	14	59,7
Total	176.614	27	-	22	-	290	-

Fonte: Departamento de Atenção Básica- DAB/SAS/Ministério da Saúde, dados de dezembro de 2005.

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

Município	Regionalização				Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microrregião 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
Rio Grande do Sul fronteira com Uruguai								
Chuí	GPAB	Litoral Lagunar	DRS 03 Pelotas	Sul	19,3	163	77.093,36	13,4
Santa Vitória do Palmar	GPAB	Litoral Lagunar	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	Camp. Meridional	DRS 07 Bagé	Sul	15,3	274	141.675,53	33,4
Bagé	GPAB	Camp. Meridional	DRS 07 Bagé	Sul	15,2	88	3.313.097,32	28,1
Dom Pedrito	GPAB	Camp. Meridional	DRS 07 Bagé	Sul	12,3	92	644.925,45	15,7
Santana do Livramento	GPAB	Campanha Central	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	15,1	71	1.547.451,98	16,3
Quaraí	GPAB	Campanha Ocidental	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	15,4	102	430.205,82	17,5
Barra do Quaraí	GPAB	Campanha Ocidental	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	13,4	172	67.371,92	16,5

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

Município	Regionalização				Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microrregião 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
Rio Grande do Sul fronteira com Argentina								
Uruguiana	GPAB	Campanha Ocidental	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	10,8	80	2.443.226,15	18,7
Itaqui	GPAB	Campanha Ocidental	DRS 10 Alegrete	Centro-Oeste	18,4	116	784.574,19	19,1
São Borja	GPAB	Campanha Ocidental	DRS 12 Santo Ângelo	Missioneira	15,2	112	1.981.386,03	29,9
Garruchos	GPAB	Campanha Ocidental	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 Westphalen	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 Westphalen	Missioneira	17,3	114	229.025,32	32,6
Esperança do Sul	GPAB	Três Passos	DRS 19 Frederico Westphalen	Missioneira	17,2	247	212.136,42	59,9
Derrubadas	GPAB	Três Passos	DRS 19 Frederico Westphalen	Missioneira	18,2	258	141.835,75	40,7

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

Município	Regionalização				Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microrregião 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
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
Sto. 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

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

Município	Regionalização				Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microrregião 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
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

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

Município	Regionalização				Financiamento			
	Condição de gestão do município	Microrregião 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 Naviraí	Região não definida	27	208	467.902,46	30,9
Japorã	GPAB	Iguatemi	NCT de Naviraí	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

Fontes

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

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

(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

* nenhum registro encontrado no SIOPS

** dado não disponível

Perfil demográfico e condições de vida nos Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Município	Código IBGE	Área (km ²) IBGE	População (1) IBGE - 2004	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios IBGE - 2000	Domicílios com abas-mento sanitário água (%) (3) IBGE - 2000	Domicílios com esgota-mento (%) (4) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (%) (5) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	População na área urbana IBGE - 2000	Taxa de alfabetiza-ção (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (6) IBGE - 2000	Nasci-mentos regis-trados no lugar (7) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar <i>per capita</i> até 1/2 salário mínimo - 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	5659	96,7	93	19,9	35,8	608
Sta. Vitória do Palmar	4317301	5.244	34.143	0,798	10.519	77,4	26,5	83,4	84	28680	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	27937	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	3931	89,0	119	42,1	38,8	349
Pedras Altas (9)	4314175	1.377	2.674	-	722	-	-	-	54	1444	-	0	-	-	297
Aceguá (9)	4300034	1.550	4.074	-	1.066	-	-	-	82	3341	-	110	-	-	473
Bagé	4301602	4.096	119.019	0,794	35.119	92,1	43,6	92,1	82	97596	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	36815	92,0	748	28,4	35,8	526
Sant ^a . do Livramento	4317103	6.950	95.148	0,803	26.792	88,7	36,4	87,6	93	88488	94,5	1.790	26,5	37,4	603
Quaraí	4315305	3.148	24.781	0,777	7.060	89,3	38,8	89,0	92	22799	92,8	473	32,1	34,8	433
Barra do Quaraí	4301875	1.056	4.134	0,777	1.027	64,7	10,8	64,9	74	3059	91,9	66	30,5	39,3	508

Perfil demográfico e condições de vida nos Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Município	Código IBGE	Área (km2) IBGE	População (1) IBGE - 2004	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios (3) IBGE - 2000	Domicílios com abastecimento de água (4) IBGE - 2000	Domicílios com esgotamento sanitário (5) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (6) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	População na área urbana IBGE - 2000	Taxa de alfabetização (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (7) IBGE - 2000	Nascimentos registrados no lugar (8) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar <i>per capita</i> até 1/2 salário mínimo - 2000	Renda média mensal (R\$) das pessoas com 10 anos ou + de idade IBGE - 2000	
Rio Grande do Sul fronteira com Argentina															
Uruguiana	4322400	5.716	132.109	0,788	34.558	89,3	26,9	91,1	94	124182	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	36481	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	58491	91,8	1242	31,6	42,1	527
Garruchos	4308656	800	3.882	0,715	1.048	31,9	0,4	28,5	32	1242	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	4038	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	2585	90,9	63	45,3	42,5	341
Pirapó	4314555	292	3.158	0,720	976	91,2	0,0	23,6	21	663	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	5647	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	2322	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	461	90,5	0	44,8	43,2	242
Alecrim	4300307	315	7.825	0,743	2.422	43,6	0,1	29,7	25	1956	92,1	83	40,7	45,0	326
Porto Mauá	4315057	106	2.740	0,803	774	54,5	0,0	59,6	33	904	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	1414	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	2449	93,2	76	29,0	39,7	361
Crissiumal	4306007	362	14.173	0,786	4.586	48,7	0,1	44,3	40	5669	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	1374	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	382	90,7	85	45,0	45,3	230
Derrubadas	4306320	361	3.406	0,759	1.040	0,5	0,0	16,1	21	715	89,3	0	41,0	43,2	340

Perfil demográfico e condições de vida nos Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

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	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 <i>per capita</i> até 1/2 salário mínimo - 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	5149	96,2	247	27,7	39,6	579
Tunápolis	4218756	133	4.493	0,821	1.242	32,6	0,2	32,4	25	1123	97,2	87	23,2	26,9	324
Santa Helena	4215554	81	2.431	0,787	664	37,3	0	33,4	26	632	91,2	0	27,6	48,9	439
Belmonte	4202156	94	2.320	0,777	659	39,3	0	36,4	39	905	90,3	0	36,1	44,2	338
Bandeirante	4202081	146	2.957	0,765	811	16,9	0,1	0	26	769	89,0	0	50,1	49,1	452
Guaraciaba	4206405	331	10.526	0,786	2.880	48,2	12,4	39,6	40	4210	93,6	132	22,1	41,9	434
Paraíso	4212239	179	4.311	0,773	1.206	19,8	0	26,4	27	1164	89,0	0	34,3	34,5	339
São José do Cedro	4216701	280	13.233	0,805	3.604	59,5	0,5	49,5	49	6484	92,0	226	24,3	34,6	465
Princesa	4214151	86	2.500	0,746	668	31,9	0	15,9	22	550	89,9	0	33,5	52,2	419
Dionísio Cerqueira	4205001	378	14.466	0,743	3.745	57,2	3	54,9	61	8824	88,9	380	44,5	41,3	416

Perfil demográfico e condições de vida nos Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Município	Código IBGE	Área (km2) IBGE	População (1) IBGE - 2004	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios (3) IBGE - 2000	Domicílios com abas- tecimento água (%) (3) IBGE - 2000	Domicílios com esgota- mento sanitário (%) (4) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (%) (5) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	Popula- ção na área urbana IBGE - 2000	Taxa de alfabetiza- ção (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (6) IBGE - 2000	Nasci- mentos regis- trados no lugar (7) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar <i>per capita</i> até 1/2 salário mínimo - 2000	Renda média mensal (R\$) das pessoas com 10 anos ou + de idade IBGE - 2000	
Paraná fronteira com Argentina															
Barracão	4102604	164	9.111	0,764	2.502	63,4	4,6	60,5	63	5740	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	357	84,4	78	62,1	40,9	235
Sto. Antônio do Sudoeste	4124400	326	18.044	0,715	4.850	64,8	0,5	55,9	60	10826	86,7	416	42,4	40,4	361
Pranchita	4120358	226	5.876	0,804	1.694	56,8	8,1	48,6	49	2879	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	2535	90	93	38,7	44,4	359
Planalto	4119806	346	13.727	0,763	3.908	46,4	0,3	34,9	34	4667	90,3	217	36,3	43,7	391
Capanema	4104501	419	17.780	0,803	5.195	62,3	0,3	49,9	51	9068	91	315	21,4	39,6	470
Serranópolis do Iguaçu	4126355	484	4.891	0,796	1.292	49,4	0,2	70,5	41	2005	94,4	50	23,9	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	283422	93,3	6208	21,1	40,0	695
Santa Terezinha de Itaipu	4124053	259	20.080	0,778	4.873	86,5	3,0	89,2	89	17871	91,4	365	24,6	39,0	549
São Miguel do Iguaçu	4125704	851	26.010	0,779	6.405	75,8	1,6	67,2	58	15086	90,7	480	31,4	42,3	667
Itaipulândia	4110953	336	7.913	0,760	1.760	94,3	0,7	74,1	54	4273	91,4	140	30,4	36,8	462
Missal	4116059	320	10.452	0,790	2.896	81,2	0,1	58,8	48	5017	93,0	121	24,3	38,3	476
Santa Helena	4123501	758	21.152	0,799	5.571	92,9	24,2	66,8	48	10153	92,1	359	26,6	38,3	513
Entre Rios do Oeste	4107538	122	3.491	0,847	939	95,1	1,0	63,3	61	2129,5	96,7	59	12,3	27,8	594
Marechal Cândido Rondon	4114609	748	43.401	0,829	11.983	84,6	3,1	76,9	76	32985	96,0	656	14,7	31,8	604
Pato Bragado	4118451	135	4.259	0,821	1.159	87,7	0,9	64,1	57	2428	95,2	81	18,7	40,8	571
Mercedes	4115853	201	4.772	0,816	1.294	60,7	1,5	37,2	32	1527	94,1	45	14,6	39,6	586
Guaira	4108809	561	28.115	0,777	8.045	84,9	41,4	79,3	87	24460	88,8	560	32,3	40,6	518

Perfil demográfico e condições de vida nos Municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai

Município	Código IBGE	Área (km2) IBGE	População (1) IBGE - 2004	IDH (2) - 2000	Nº de domicílios (3) IBGE - 2000	Domicílios com abastecimento de água (4) IBGE - 2000	Domicílios com esgotamento sanitário (5) IBGE - 2000	Domicílios com coleta de lixo (6) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	População na área urbana (%) IBGE - 2000	Taxa de alfabetização (%) em pop. de 10 anos ou + de idade (7) IBGE - 2000	Nascimentos registrados no lugar (8) IBGE - 2002	% pessoas com renda familiar per capita até 1/2 salário mínimo - 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	12845	86,0	558	27,4	37,9	443
Japorã	5004809	420	6.795	0,636	1.370	52,6	0	18,9	20	1359	72,8	97	64,4	52,4	253
Sete Quedas	5007703	826	9.291	0,719	2.931	78,6	0,6	74,6	83	7711	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	5992	78,0	474	59,5	39,8	265
Coronel Sapucaia	5003157	1.029	13.295	0,713	3.117	44,2	6,5	65,5	74	9838	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	3383	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	59125	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	6641	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	18946	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	3109	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	8518	84,2	313	44,4	46,2	429

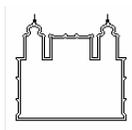
Fontes

- (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) Municípios criados após o CENSO 2000 do IBGE.
- (*) (%) de indivíduos com renda domiciliar per capita inferior a 1/2 salário mínimo no anos de 2000 - Atlas do Desenvolvimento Humanos no Brasil - 2003

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO COM OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE



**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz**



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP**

Apoio



**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

Questionário junto ao Secretário Municipal de Saúde

**Informações sobre saúde na fronteira do Mercosul prestadas pelo(a)
Secretário(a) Municipal de Saúde**

**FIOCRUZ
2005**

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO A: INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A 1.	Município:	
A 2.	Nome do pesquisador responsável pelo preenchimento na primeira visita:	
A 3.	Data da primeira visita: ____/____/____	
A 4.	Nome do pesquisador responsável pelo preenchimento na segunda visita:	
A 5.	Data da segunda visita: ____/____/____	

RESPONDENTE 1

A 6.	Nome:	
A 7.	Cargo:	
A 8.	Telefone:	
A 9.	E-mail:	

RESPONDENTE 2

A 10.	Nome:	
A 11.	Cargo:	
A 12.	Telefone:	
A 13.	E-mail:	

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Nº do questionário: ____ _	
Nome do revisor: _____	Data da revisão: ____/____/____
Nome do digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO B: IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)			
B 1.	Estado:	_____	
B 2.	Município:	_____	
B 3.	Página do Município na Internet:	_____	
B 4.	Página da SMS na Internet:	_____	
B 5.	Telefone da SMS:	_____	
B 6.	Endereço completo da SMS:	Rua / Avenida	_____
		Número	_____
		Complemento	_____
		Bairro	_____
		Cidade	_____
		CEP	_____

UNIDADES DE SAÚDE DO SUS NO MUNICÍPIO		
Hospitais do SUS	Número de hospitais	Número de leitos
Hospitais públicos		
Hospitais contratados		
Assistência Ambulatorial	Número	
Unidades Básicas de Saúde		
Policlínicas de Especialidades		
Equipes de Saúde da Família		

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO C: DADOS DO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE			
C 1.	Nome completo:	_____	
C 2.	DDD: _____	Telefone(s): _____	
C 3.	E-mail:	_____	
C 4.	Idade:	_____ anos	
C 5.	Sexo:	1. <input type="checkbox"/> Masculino	2. <input type="checkbox"/> Feminino
C 6.	Nível de escolaridade:	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	Se 1, 2, 3, 4, 5 ou 6: vá para C8
		2. <input type="checkbox"/> Alfabetização	
		3. <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto	
		4. <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo	
		5. <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto	
		6. <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo	
		7. <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto	
		8. <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo	
		9. <input type="checkbox"/> Pós-Graduação	
		10. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____	
C 7.	Formação na Graduação:	_____	
C 8.	Ramo de atividade e/ou inserção ocupacional <u>principal</u> anterior ao cargo atual?	1. <input type="checkbox"/> Agricultura	
		2. <input type="checkbox"/> Comércio	
		3. <input type="checkbox"/> Profissional liberal	
		4. <input type="checkbox"/> Empregado público	
		5. <input type="checkbox"/> Empregado em empresa privada	
		6. <input type="checkbox"/> Empresário	
		7. <input type="checkbox"/> Político	
		8. <input type="checkbox"/> Membro de organização social	
		9. <input type="checkbox"/> NSA	
		10. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____	
C 9.	Quanto tempo o Sr.(a) tem como Secretário(a) Municipal de Saúde <u>no mandato atual</u> ?	_____ anos e _____ meses	

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO C: DADOS DO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE				
C 10.	Já foi Secretário(a) Municipal de Saúde antes:	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	Se 1: vá para C13
C 11.	No mesmo Município:	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
C 12.	Quantos anos no total de exercício da função de Secretário(a) Municipal de Saúde?	_____ anos		
C 13.	O Sr.(a) tem experiência(s) anterior ao cargo atual em gestão/gerência (mínima de 2 anos)? <i>Obs: Assinale quantas opções forem necessárias.</i>	1. <input type="checkbox"/> Na gestão/gerência pública da saúde		
		2. <input type="checkbox"/> Na gestão/gerência pública, mas não na saúde		
		3. <input type="checkbox"/> Na gestão/gerência privada da saúde		
		4. <input type="checkbox"/> Na gestão/gerência privada, mas não na saúde		
		5. <input type="checkbox"/> Não tem experiência prévia em gestão/gerência		
C 14.	Tem cargo político eletivo?	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	Se 1: vá para C16
C 15.	Qual?	1. <input type="checkbox"/> Prefeito		
		2. <input type="checkbox"/> Vice-Prefeito		
		3. <input type="checkbox"/> Vereador		
		4. <input type="checkbox"/> Deputado Estadual		
		5. <input type="checkbox"/> Deputado Federal		
C 16.	Teve cargo político eletivo?	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	Se 1: vá para C18
C 17.	Qual?	1. <input type="checkbox"/> Prefeito		
		2. <input type="checkbox"/> Vice-Prefeito		
		3. <input type="checkbox"/> Vereador		
		4. <input type="checkbox"/> Deputado Estadual		
		5. <input type="checkbox"/> Deputado Federal		
C 18.	Reside no Município:	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	Se 1: vá para C20
C 19.	Há quantos anos?	_____ anos		

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

MÓDULO D: CARACTERÍSTICAS DA FRONTEIRA NO SEU MUNICÍPIO			
D 7.	Qual(is) o(s) tipo(s) de fluxo e trânsito ocorre na passagem de fronteira entre o seu Município e a cidade estrangeira de fronteira? E qual a intensidade desses fluxos? <i>Obs: Assinale quantas opções forem necessárias, independente da direção.</i>	a. <input type="checkbox"/> Mercadoria e/ou produto (em caminhões ou outro meio de transporte de cargas)	
		1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente
		3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	
		b. <input type="checkbox"/> Trabalhador que mora de um lado da fronteira e trabalha em outro	
		1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente
		3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	
		c. <input type="checkbox"/> Estudante que mora de um lado da fronteira e estuda em outro	
		1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente
		3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	
		d. <input type="checkbox"/> Pessoa com familiares residentes do outro lado da fronteira	
		1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente
		3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	
		e. <input type="checkbox"/> Turista em visita à região	
		1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente
3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente			
f. <input type="checkbox"/> Comprista / sacoleiro / chibeiro			
1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	2. <input type="checkbox"/> Freqüente		
3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente			
g. <input type="checkbox"/> Pessoa ou turista em trânsito (ex.: caminhoneiro, turistas que vão para o litoral, etc.)			
1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente		
3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente			
h. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente		
3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente			
i. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
1. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	2. <input type="checkbox"/> Freqüente		
3. <input type="checkbox"/> Muito freqüente			
D 8.	Em relação ao fluxo <u>de pessoas</u> entre o seu Município e a cidade estrangeira de fronteira, na sua percepção <u>em qual direção ele é mais importante?</u>	1. <input type="checkbox"/> Desconhece	
		2. <input type="checkbox"/> Do seu Município para a cidade estrangeira de fronteira	
		3. <input type="checkbox"/> Da cidade estrangeira de fronteira para o seu Município	
		4. <input type="checkbox"/> Igualmente importante nas duas direções	
		5. <input type="checkbox"/> Não existe fluxo de pessoas	
		Se 5: vá para módulo E	
D 9.	Os fluxos de pessoas entre o seu Município e a cidade estrangeira de fronteira variam muito durante o ano?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece	
		2. <input type="checkbox"/> Não	
		3. <input type="checkbox"/> Sim - Em qual(is) mês(es) é maior? _____	
		4. <input type="checkbox"/> NSA	

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

MÓDULO E: PERCEPÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

SEÇÃO E.1 – SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA CIDADE ESTRANGEIRA DE FRONTEIRA

Cidade estrangeira _____ País _____

Selecione na pergunta D 4 ou uma das cidades estrangeiras vizinhas.

Mesmo que não haja fluxos importantes com as cidades estrangeiras de fronteiras vizinhas, a seguinte pergunta deve ser respondida.

E 1.	Conhece o funcionamento do sistema público de saúde da cidade estrangeira de fronteira? Obs: Aquela cidade definida logo acima	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	Se 1: vá para E 3		
E 2.	Com base no que conhece, como avalia o funcionamento do sistema público de saúde da cidade estrangeira de fronteira com o seu Município?	a. Organização dos serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		b. Cobertura populacional	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		c. Oferta de ações e serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		d. Recursos financeiros gastos em saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		e. Quantidade e tipo de recursos humanos	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		f. Garantia de referência para ações complexas	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		g. Qualidade da atenção prestada	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		h. Ações de vigilância sanitária	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		i. Ações de vigilância epidemiológica	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		j. Ações de vigilância ambiental	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
E 3.	Na cidade estrangeira de fronteira com o seu Município para ser atendido pelo sistema público de saúde é exigido rotineiramente de qualquer pessoa um documento (de identidade, comprovante de residência ou título)? <i>Obs: Assinale apenas uma opção.</i>	1. <input type="checkbox"/> Desconhece				
		2. <input type="checkbox"/> Não é exigido				
		3. <input type="checkbox"/> É exigido somente para brasileiros e outros estrangeiros				
		4. <input type="checkbox"/> É exigido para toda pessoa independente da nacionalidade				

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO E: PERCEPÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE						
SEÇÃO E.2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)						
E 4.	Como você avalia o funcionamento do SUS <u>na sua região?</u>	a. Organização dos serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		b. Cobertura populacional	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		c. Oferta de ações e serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		d. Recursos financeiros gastos em saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		e. Quantidade e tipo de recursos humanos	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		f. Garantia de referência para ações complexas	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		g. Qualidade da atenção prestada	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		h. Ações de vigilância sanitária	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		i. Ações de vigilância epidemiológica	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		j. Ações de vigilância ambiental	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
E 5.	Como você avalia o funcionamento do SUS <u>no seu Município?</u>	a. Organização dos serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		b. Cobertura populacional	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		c. Oferta de ações e serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		d. Recursos financeiros gastos em saúde	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		e. Quantidade e tipo de recursos humanos	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		f. Garantia de referência para ações complexas	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		g. Qualidade da atenção prestada	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		h. Ações de vigilância sanitária	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		i. Ações de vigilância epidemiológica	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI
		j. Ações de vigilância ambiental	1. <input type="checkbox"/> Ruim	2. <input type="checkbox"/> Regular	3. <input type="checkbox"/> Boa	4. <input type="checkbox"/> NSI

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO E: PERCEPÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE		
SEÇÃO E.2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)		
E 6.	No seu Município para ser atendido pelo SUS é exigido rotineiramente de qualquer pessoa um documento de identidade? <i>Assinale apenas uma opção.</i>	1. <input type="checkbox"/> Não é exigido
		2. <input type="checkbox"/> É exigido somente para estrangeiros
		3. <input type="checkbox"/> É exigido para toda pessoa independente da nacionalidade
E 7.	No seu Município para ser atendido pelo SUS é exigido rotineiramente de qualquer pessoa um comprovante de residência? <i>Assinale apenas uma opção.</i>	1. <input type="checkbox"/> Não é exigido
		2. <input type="checkbox"/> É exigido somente para estrangeiros
		3. <input type="checkbox"/> É exigido para toda pessoa independente da nacionalidade

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO			
SEÇÃO F.1 – PERFIL DOS ESTRANGEIROS QUE BUSCAM O SUS			
F 1.	Os estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Sim, todos os estrangeiros têm direito atendidos	
		2. <input type="checkbox"/> Os estrangeiros que gozam de dupla cidadania	
		3. <input type="checkbox"/> Os estrangeiros residentes no seu Município	
		4. <input type="checkbox"/> Os estrangeiros que trabalham no seu Município	
		5. <input type="checkbox"/> Não, nenhum estrangeiro	
F 2.	Estrangeiros que buscam atendimento pelo SUS em seu Município são atendidos?	1. <input type="checkbox"/> Não	
		2. <input type="checkbox"/> Sim, somente em caso de emergência	
		3. <input type="checkbox"/> Sim, para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação ou serviço de saúde necessitado. Especifique: _____	
		4. <input type="checkbox"/> Sim, mas independente da ação ou serviço de saúde necessitado	
		5. <input type="checkbox"/> NSI	
F 3.	É freqüente que brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira busquem atendimento pelo SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	
		2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	
		3. <input type="checkbox"/> Freqüente	
		4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	
		5. <input type="checkbox"/> NSI	
F 4.	É freqüente que estrangeiros de cidades estrangeiras de fronteira busquem atendimento pelo SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	Se 1: vá para F20
		2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	
		3. <input type="checkbox"/> Freqüente	
		4. <input type="checkbox"/> Muito Freqüente	
		5. <input type="checkbox"/> Desconhece	

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO							
SEÇÃO F.1 – PERFIL DOS ESTRANGEIROS QUE BUSCAM O SUS							
F 5.	Qual a nacionalidade dos estrangeiros que buscam o SUS no seu Município com maior frequência? <i>Obs: Assinale apenas uma opção</i>	1. <input type="checkbox"/> Argentinos					
		2. <input type="checkbox"/> Paraguaios					
		3. <input type="checkbox"/> Uruguaios					
		4. <input type="checkbox"/> Outros – Especifique: _____					
		5. <input type="checkbox"/> NSI					
F 6.	Existe alguma orientação por parte do seu Município de como os serviços de saúde do SUS devem proceder no caso de busca de atendimento por parte de estrangeiros?	1. <input type="checkbox"/> Não					
		2. <input type="checkbox"/> Sim – Especifique: _____ _____					
		3. <input type="checkbox"/> NSI					
F 7.	Em relação aos estrangeiros que buscam atendimento pelo SUS em seu Município indique a frequência. Obs: Considerar como estrangeiros aqueles que não gozam de dupla cidadania.	a. Estrangeiro trabalhador no Brasil residente nas cidades estrangeiras	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI
		b. Estrangeiro residente no seu Município	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI
		c. Estrangeiro estudante no seu Município	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI
		d. Estrangeiro em trânsito ou de passagem	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI
		e. Estrangeiro com familiar residente no Brasil	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI
		f. Outro – Especifique: _____ _____	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI
		g. Outro – Especifique: _____ _____	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSI

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

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO								
SEÇÃO F.1 – PERFIL DOS ESTRANGEIROS QUE BUSCAM O SUS								
F 8.	É freqüente que indígenas de cidades estrangeiras de fronteira busquem atendimento pelo SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece						
		2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente						
		3. <input type="checkbox"/> Freqüente						
		4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente						
		5. <input type="checkbox"/> NSI						
F 9.	Quanto ao gênero, quais estrangeiros mais buscam atendimento pelo SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Mais homens que mulheres						
		2. <input type="checkbox"/> Mais mulheres que homens						
		3. <input type="checkbox"/> NSI						
F 10.	Na sua percepção, qual a situação econômica dos estrangeiros que buscam atendimento pelo SUS em seu Município? (* Informe NSA, não se aplica, caso não haja procura por parte de estrangeiros desta nacionalidade).	a. Argentinos	1. <input type="checkbox"/> NSA*	2. <input type="checkbox"/> Muito pobres	3. <input type="checkbox"/> Pobres	4. <input type="checkbox"/> Classe média	5. <input type="checkbox"/> Classe média alta	6. <input type="checkbox"/> NSI
		b. Paraguaio	1. <input type="checkbox"/> NSA*	2. <input type="checkbox"/> Muito pobres	3. <input type="checkbox"/> Pobres	3. <input type="checkbox"/> Classe média	5. <input type="checkbox"/> Classe média alta	6. <input type="checkbox"/> NSI
		c. Uruguaio	1. <input type="checkbox"/> NSA*	2. <input type="checkbox"/> Muito pobres	3. <input type="checkbox"/> Pobres	3. <input type="checkbox"/> Classe média	5. <input type="checkbox"/> Classe média alta	6. <input type="checkbox"/> NSI
F 11.	De acordo com a sua percepção, qual(is) motivo(s) leva(m) estrangeiro(s) a buscar atendimento pelo SUS no seu Município? Obs: Assinale quantas opções forem necessárias.	1. <input type="checkbox"/> Desconhece					Se 1: vá para F13	
		2. <input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no País de origem						
		3. <input type="checkbox"/> Demora no atendimento no País de origem						
		4. <input type="checkbox"/> Não ter direito ao acesso gratuito aos serviços públicos de saúde no País de origem						
		5. <input type="checkbox"/> Por estar longe de outros centros						
		6. <input type="checkbox"/> Proximidade geográfica com o seu Município						
		7. <input type="checkbox"/> Facilidade de transporte para o seu Município						
		8. <input type="checkbox"/> Facilidades de ser atendido pelo SUS no seu Município						
		9. <input type="checkbox"/> Qualidade da atenção à saúde no SUS						
		10. <input type="checkbox"/> Urgência ou gravidade do caso						
		11. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____						
		12. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____						

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO		
SEÇÃO F.2 – TIPOS DE ATENDIMENTO QUE OS ESTRANGEIROS BUSCAM O SUS EM SEU MUNICÍPIO		
F 12.	Dos motivos assinalados acima, destaque 3 que considera como <u>mais importantes.</u>	1. _____ _____ 2. _____ _____ 3. _____ _____
F 13.	De que forma estrangeiros chegam/buscam atendimento pelo SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> De forma espontânea 2. <input type="checkbox"/> Por encaminhamento
		Se 1: vá para F15
F 14.	Por encaminhamento de quem/onde?	1. <input type="checkbox"/> Dos serviços públicos de saúde da cidade de origem 2. <input type="checkbox"/> Dos profissionais de saúde da cidade de origem 3. <input type="checkbox"/> Do Consulado do País de origem 4. <input type="checkbox"/> De políticos estrangeiros 5. <input type="checkbox"/> De políticos brasileiros 6. <input type="checkbox"/> De organizações da sociedade civil do País de origem 7. <input type="checkbox"/> De organizações da sociedade civil brasileiras 8. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____ 9. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO							
SEÇÃO F.2 – TIPOS DE ATENDIMENTO QUE OS ESTRANGEIROS BUSCAM NO SUS EM SEU MUNICÍPIO							
F 15.	Os estrangeiros buscam que tipo de ações no SUS do seu Município? <i>Obs: *Assinale NSA quando não existir o serviço no Município ou não for realizado o procedimento.</i>	a. Emergência					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		b. Internação hospitalar					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		c. Exame de patologia clínica					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		d. Radiodiagnóstico e imagem (média complexidade)					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		e. Consulta médica de atenção básica					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		f. Consulta médica especializada					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		g. Imunização					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		h. Pré-natal					
		1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI
		i. Parto					
1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI		
j. Atenção odontológica							
1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI		
k. Medicamentos							
1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI		
l. Procedimentos de alta complexidade							
1. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	2. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente (esporádico)	3. <input type="checkbox"/> Freqüente	4. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	5. <input type="checkbox"/> NSA*	6. <input type="checkbox"/> NSI		

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO			
SEÇÃO F.2 – TIPOS DE ATENDIMENTO QUE OS ESTRANGEIROS BUSCAM NO SUS EM SEU MUNICÍPIO			
F 16.	As ações de saúde prestadas no SUS aos estrangeiros são registradas como prestadas aos estrangeiros? <i>Obs: Solicitar cópia de listagem/planilha se possível.</i>	1. <input type="checkbox"/> Não	
		2. <input type="checkbox"/> Sim. Como? _____ _____ _____ _____ _____	
F 17.	O Sr.(a) tem alguma estimativa do número de atendimentos mensais a estrangeiros pelo SUS no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Não	
		2. <input type="checkbox"/> Sim. Informe: a. Em maio/2005 _____ número de atendimentos registrados b. Em junho/2005 _____ número de atendimentos registrados c. Em julho/2005 _____ número de atendimentos registrados d. Média mensal estimada _____	
F 18.	Qual(is) a(s) dificuldade(s) causada(s) pela busca de atendimento no SUS em seu Município por parte de estrangeiros?	a. Para a oferta de ações e serviços de saúde	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
		b. Para o financiamento das ações de saúde	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
		c. Para a referência regional	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
		d. Para a qualidade da atenção prestada	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
		e. Para a continuidade do tratamento no País de origem	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
		f. Outra – Especifique: _____ _____	
		g. Outra – Especifique: _____ _____	
F 19.	Qual a principal dificuldade causada pela busca de atendimento no SUS em seu Município por parte de estrangeiros? Por que? <i>Obs: Livre manifestação.</i>	_____ _____ _____ _____ _____ _____	

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO F: BUSCA E ATENDIMENTO DE ESTRANGEIROS PELO SUS NO SEU MUNICÍPIO				
SEÇÃO F.2 – TIPOS DE ATENDIMENTO QUE OS ESTRANGEIROS BUSCAM NO SUS EM SEU MUNICÍPIO				
F 20.	Quais relações formais e informais existem entre o SUS no seu Município e o sistema de serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira?	a. Há acordo entre os governos locais para viabilizar os atendimentos	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		b. Existe mecanismo de encaminhamento formal entre os serviços	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		c. Contatos informais entre profissionais para encaminhar paciente	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		d. Mecanismo de troca regular de informações epidemiológicas	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		e. Ações conjuntas de controle de vetores	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		f. Ações conjuntas de vigilância ambiental	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		g. Troca de informações sobre doenças de notificação compulsória	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim
		h. Não existem relações	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO G: AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE COM A SITUAÇÃO DE FRONTEIRA		
G 1.	Em seu Município existem iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Liste as principais: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
G 2.	Existe cooperação técnica em saúde entre o seu Município e a cidade estrangeira de fronteira?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ _____ _____ _____ _____</p>
G 3.	Existe cooperação financeira para realização de ações de saúde entre o seu Município e a cidade estrangeira de fronteira?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is) ação(ões)? _____ _____ _____ _____ _____</p>
G 4.	Existe na sua Região ou Município algum fórum ou grupo que trate de questões específicas de saúde na fronteira?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ _____ _____ _____ _____</p>

Se 1: vá para G6

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO G: AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE COM A SITUAÇÃO DE FRONTEIRA		
G 5.	Qual(is) ator(es) participa(m) do fórum ou grupo(s) mencionado(s) acima?	<p>1. <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal da Saúde</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Secretaria Estadual da Saúde</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Conselho Municipal de Saúde</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Consulado</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Autoridade da saúde da cidade estrangeira</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil estrangeiras</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil brasileiras</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Universidade</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Ministério da Justiça</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Empresas</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Igreja</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Outros brasileiros – Especifique: _____</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Outros estrangeiros – Especifique: _____</p>
G 6.	No seu município é feito algum trabalho junto ao Consulado (brasileiro ou do outro País) relacionado à atenção ao estrangeiro pelo SUS?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
G 7.	Existe na Região ou no seu Município atividades de capacitação, formação ou atualização em saúde realizadas com a participação de profissionais de saúde das cidades estrangeiras de fronteira?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO G: AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE COM A SITUAÇÃO DE FRONTEIRA		
G 8.	Na sua percepção, seria necessário firmar acordos entre o seu Município e a cidade estrangeira vizinha para tratar questões de saúde na fronteira?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Especifique os principais:</p> <p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>4. _____</p> <p>_____</p> <p>5. _____</p> <p>_____</p>
G 9.	MERCOSUL Em sua percepção, a criação do MERCOSUL teve alguma repercussão em relação à saúde no seu Município?	<p>1. <input type="checkbox"/> Não</p> <p style="text-align: right;">Se 1: vá para G 12</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
G 10.	Destaque a repercussão positiva mais importante da criação do MERCOSUL nas ações e serviços de saúde no seu Município.	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO G: AÇÕES DE SAÚDE RELACIONADAS ESPECIFICAMENTE COM A SITUAÇÃO DE FRONTEIRA		
G 11.	Destaque a repercussão negativa mais importante da criação do MERCOSUL nas ações e serviços de saúde no seu Município.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
G 12.	Tem conhecimento de algum grupo de trabalho no MERCOSUL específico sobre saúde?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
G 13.	Já teve acesso a documentos ou acordos entre países no âmbito do MERCOSUL, relativos à saúde, inclusive vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental ou na área assistencial?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
G 14.	Conhece alguma política de saúde brasileira voltada para a fronteira?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
G 15.	Na sua opinião, estrangeiros residentes em Municípios brasileiros de fronteira deveriam ter acesso ao SUS?	1. <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> 2. <input type="checkbox"/> Sim. Por quê? _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO H: BUSCA E ATENDIMENTO DE BRASILEIROS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DAS CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA VIZINHAS AO SEU MUNICÍPIO

H 1.	Os brasileiros têm direito ao atendimento no sistema público de saúde na cidade estrangeira de fronteira com o seu Município? <i>Obs: Assinale apenas uma opção.</i>	1. <input type="checkbox"/> Desconhece	
		2. <input type="checkbox"/> Não	
		3. <input type="checkbox"/> Apenas os brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira	
		4. <input type="checkbox"/> Apenas os brasileiros que trabalham na cidade estrangeira de fronteira	
		5. <input type="checkbox"/> Apenas os brasileiros que gozam de dupla cidadania	
		6. <input type="checkbox"/> Sim, todos os brasileiros são atendidos	
		7. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____	
		8. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____	
H 2.	Em cidades estrangeiras de fronteira de qual país os brasileiros que buscam atendimento nos serviços públicos de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Na Argentina	
		2. <input type="checkbox"/> No Paraguai	
		3. <input type="checkbox"/> No Uruguai	
		4. <input type="checkbox"/> NSA	
H 3.	É freqüente que brasileiros do seu Município busquem atendimento nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira vizinha?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece	Se 1 ou 5: vá para Módulo I
		2. <input type="checkbox"/> Nunca acontece	
		3. <input type="checkbox"/> Pouco freqüente	
		4. <input type="checkbox"/> Freqüente	
		5. <input type="checkbox"/> Muito freqüente	
RESPONDA AS PERGUNTAS SEGUINTES COM REFERÊNCIA À CIDADE ESTRANGEIRA SELECIONADA.			
Cidade Estrangeira _____ País _____			
H 4.	O Sr.(a) tem conhecimento de como é prestado o atendimento aos brasileiros na cidade estrangeira?	1. <input type="checkbox"/> Não	Se 1: vá para H 7
		2. <input type="checkbox"/> Sim	

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO H: BUSCA E ATENDIMENTO DE BRASILEIROS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DAS CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA VIZINHAS AO SEU MUNICÍPIO		
H 5.	Os brasileiros que buscam atendimento nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira indicada são atendidos?	1. <input type="checkbox"/> Não
		2. <input type="checkbox"/> Sim, somente em caso de emergência
		3. <input type="checkbox"/> Sim, para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação ou serviço de saúde necessitado. Especifique: _____
		4. <input type="checkbox"/> Sim, independente da ação ou serviço de saúde necessitado
		5. <input type="checkbox"/> NSI
H 6.	Existe alguma orientação por parte da cidade estrangeira de como os serviços públicos de saúde devem proceder no caso de busca de atendimento por parte de brasileiros?	1. <input type="checkbox"/> Não
		2. <input type="checkbox"/> Sim – Especifique: _____ _____
		3. <input type="checkbox"/> NSI
H 7.	Onde residem os brasileiros que buscam atendimento nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira?	1. <input type="checkbox"/> Residente na cidade estrangeira de fronteira
		2. <input type="checkbox"/> Residente no seu Município
		3. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____
		4. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____
		5. <input type="checkbox"/> NSI

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

MÓDULO H: BUSCA E ATENDIMENTO DE BRASILEIROS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DAS CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA VIZINHAS AO SEU MUNICÍPIO			
H 8.	De acordo com a sua percepção, qual(is) motivo(s) leva(m) brasileiros a buscar atendimento pelos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira? <i>Obs: Assinale quantas opções forem necessárias.</i>	1. <input type="checkbox"/> Desconhece	Se 1: vá para H 10
		2. <input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no SUS	
		3. <input type="checkbox"/> Demora no atendimento no SUS	
		4. <input type="checkbox"/> Por estar longe de outros centros	
		5. <input type="checkbox"/> Proximidade geográfica com a cidade estrangeira de fronteira	
		6. <input type="checkbox"/> Facilidade de transporte para a cidade estrangeira de fronteira	
		7. <input type="checkbox"/> Facilidades de atendimento nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira	
		8. <input type="checkbox"/> Qualidade da atenção à saúde nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira	
		9. <input type="checkbox"/> Urgência ou gravidade do caso	
		10. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____ _____	
		11. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____ _____	
H 9.	Dos motivos assinalados acima, destaque 3 que considera como mais importantes .	1. _____ _____	
		2. _____ _____	
		3. _____ _____	
H 10.	De que forma brasileiros chegam/buscam atendimento pelos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira?	1. <input type="checkbox"/> NSI	Se 1 ou 2: vá para H 12
		2. <input type="checkbox"/> De forma espontânea	
		3. <input type="checkbox"/> Por encaminhamento	

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO H: BUSCA E ATENDIMENTO DE BRASILEIROS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DAS CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA VIZINHAS AO SEU MUNICÍPIO		
H 11.	Por encaminhamento de quem/onde?	1. <input type="checkbox"/> Dos serviços públicos de saúde da cidade de origem
		2. <input type="checkbox"/> Dos profissionais de saúde da cidade do seu Município
		3. <input type="checkbox"/> Do Consulado do País de origem
		4. <input type="checkbox"/> De políticos estrangeiros
		5. <input type="checkbox"/> De políticos brasileiros
		6. <input type="checkbox"/> De organizações da sociedade civil brasileiras
		7. <input type="checkbox"/> De organizações da sociedade civil estrangeiras
		8. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____
		9. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____
H 12.	As ações de saúde prestadas nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira aos brasileiros são registradas como prestadas aos brasileiros? <i>Obs: Solicitar cópia de listagem/planilha se possível.</i>	1. <input type="checkbox"/> Não
		2. <input type="checkbox"/> Sim. Como? _____ _____ _____ _____ _____
		3. <input type="checkbox"/> NSI
H 13.	O Sr.(a) tem alguma estimativa do número de atendimentos mensais a brasileiros pelos serviços públicos de saúde na cidade estrangeira de fronteira?	1. <input type="checkbox"/> Não
		2. <input type="checkbox"/> Sim. Informe: a. Em maio/2005 _____ número de atendimentos registrados b. Em junho/2005 _____ número de atendimentos registrados c. Em julho/2005 _____ número de atendimentos registrados
		d. Média mensal estimada _____

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO H: BUSCA E ATENDIMENTO DE BRASILEIROS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DAS CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA VIZINHAS AO SEU MUNICÍPIO			
H 14.	A busca de atendimento nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira por parte de brasileiros causa alguma dificuldade para a gestão daquela localidade?	1. <input type="checkbox"/> Não	Se 1: vá para Módulo I
		2. <input type="checkbox"/> Sim	
H 15.	Qual a principal dificuldade causada pela busca de atendimento nos serviços públicos de saúde da cidade estrangeira de fronteira por parte de brasileiros? <i>Obs: Livre manifestação.</i>		

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

MÓDULO I: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS NA FRONTEIRA				
I 1.	Existe(m) profissional(is) de saúde estrangeiro(s) atuando no SUS no seu Município? <i>Obs: Assinale o tipo de profissional e as nacionalidades mais freqüentes.</i>	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		
		2. <input type="checkbox"/> Não		
		3. <input type="checkbox"/> Sim. Indique qual(is) profissionais e nacionalidades.		
		a. <input type="checkbox"/> Médico	b. <input type="checkbox"/> Enfermeiro	c. <input type="checkbox"/> Dentista
		1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra	1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra	1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra
		d. <input type="checkbox"/> Técnico e auxiliar de enfermagem	e. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____	f. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____
		1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra	1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra	1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra
I 2.	Existe(m) profissional(is) de saúde estrangeiro(s) atuando no setor privado no seu Município? <i>Obs: Assinale o tipo de profissional e as nacionalidades mais freqüentes.</i>	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		
		2. <input type="checkbox"/> Não		
		3. <input type="checkbox"/> Sim. Indique qual(is) profissional(is) e nacionalidade(s).		
		a. <input type="checkbox"/> Médico	b. <input type="checkbox"/> Enfermeiro	c. <input type="checkbox"/> Dentista
		1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra	1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra	1. <input type="checkbox"/> Argentino 2. <input type="checkbox"/> Paraguaio 3. <input type="checkbox"/> Uruguaio 4. <input type="checkbox"/> Outros sul-americanos 5. <input type="checkbox"/> Outra
I 3.	A situação do(s) profissional(is) de saúde estrangeiro(s) atuando no seu Município está regularizada junto aos Conselhos Profissionais?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		
		2. <input type="checkbox"/> Não		
		3. <input type="checkbox"/> Sim. Indique qual(is) profissional(is) e nacionalidade(s) _____		

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS
CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

MÓDULO J: OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR DE CAMPO SOBRE A FRONTEIRA					
J 1.	Qual o tipo de fronteira com a(s) cidade(s) estrangeira(s) vizinha(s)?	Cidade _____	1. <input type="checkbox"/> Terra	2. <input type="checkbox"/> Água	
		Cidade _____	1. <input type="checkbox"/> Terra	2. <input type="checkbox"/> Água	
J 2.	Qual(is) forma(s) de ligação existe(m) do seu Município com a(s) cidade(s) estrangeira(s) de fronteira? <i>Obs: Assinale quantas opções forem necessárias.</i>	Cidade _____			
		1. <input type="checkbox"/> Não existe	2. <input type="checkbox"/> Rua	3. <input type="checkbox"/> Ponte	4. <input type="checkbox"/> Balsa / Barco
		5. <input type="checkbox"/> Outra(s) – Especifique: _____			
		Cidade _____			
		1. <input type="checkbox"/> Não existe	2. <input type="checkbox"/> Rua	3. <input type="checkbox"/> Ponte	4. <input type="checkbox"/> Balsa / Barco
5. <input type="checkbox"/> Outra(s) – Especifique: _____					
J 3.	No seu Município qual(is) instituição(ões) atua(m) na fronteira <u>do lado brasileiro</u> fazendo controle e/ou fiscalização da entrada de pessoas, automóveis e mercadorias no Brasil?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		Se 1 ou 2: vá para J 4	
		2. <input type="checkbox"/> Não existe passagem de fronteira			
		c. Receita	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		d. Vigilância Sanitária	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		e. Ministério da Agricultura	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		f. Polícia Federal	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		3. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
4. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____					
J 4.	Na cidade estrangeira de fronteira qual(is) instituição(ões) atua(m) na fronteira <u>do lado estrangeiro</u> fazendo controle e/ou fiscalização da entrada de pessoas, automóveis e mercadorias no outro País?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		Se 1 ou 2: vá para J 5	
		2. <input type="checkbox"/> Não existe passagem de fronteira			
		a. <input type="checkbox"/> Receita ou equivalente	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		b. <input type="checkbox"/> Vigilância Sanitária ou equivalente	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		c. <input type="checkbox"/> Ministério da Agricultura ou equivalente	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		d. <input type="checkbox"/> Polícia Federal ou equivalente	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		3. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
4. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____					

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

MÓDULO J: OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR DE CAMPO SOBRE A FRONTEIRA					
J 5.	Na fronteira <u>do lado brasileiro</u> , como ocorre a entrada de pessoas estrangeiras no seu Município?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		Se 1: vá para J 6	
		a. <input type="checkbox"/> A circulação de pessoas é livre	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		b. <input type="checkbox"/> É necessário apresentar documento de identificação	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		d. <input type="checkbox"/> Existe identidade de residente na fronteira	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		e. <input type="checkbox"/> É necessário informar o motivo da entrada	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		f. <input type="checkbox"/> Há limite do número de entradas para cada pessoa	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		g. <input type="checkbox"/> No caso de suspeita e/ou de passagem de doente existe controle específico	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		2. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
		3. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
J 6.	Na fronteira <u>do lado estrangeiro</u> , como ocorre a entrada de pessoas brasileiras na cidade estrangeira de fronteira?	1. <input type="checkbox"/> Desconhece		Se 1: vá para Módulo K	
		a. <input type="checkbox"/> A circulação de pessoas é livre	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		b. <input type="checkbox"/> É necessário apresentar documento de identificação	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		d. <input type="checkbox"/> Existe identidade de residente na fronteira	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		e. <input type="checkbox"/> É necessário informar o motivo da entrada	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		f. <input type="checkbox"/> Há limite do número de entradas para cada pessoa	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		g. <input type="checkbox"/> No caso de suspeita e/ou de passagem de doente existe controle específico	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	
		2. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			
		3. <input type="checkbox"/> Outro – Especifique: _____			

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Secretário Municipal de Saúde de _____

O/a Sr/a está sendo convidado/a para participar da pesquisa **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul**, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) (www.ensp.fiocruz.br) com apoio financeiro do CNPq.

Este estudo tem 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 saúde dos países membros. A pesquisa está sendo realizada em todos os 68 municípios brasileiros da linha de fronteira do Mercosul e em algumas localidades estrangeiras de fronteira.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário sobre 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.

Sua participação na pesquisa é muito importante. Não lhe trará benefícios diretos, contudo juntamente com as respostas dos demais gestores contribuirá para o melhor conhecimento da situação de acesso aos serviços de saúde na fronteira e sobre possíveis repercussões dos processos de integração entre países nos sistemas de saúde. Estes resultados contribuirão para orientar políticas mais adequadas para a região de fronteira. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo na divulgação dos resultados. Os dados da pesquisa serão consolidados de modo que os sujeitos entrevistados não possam ser identificados. Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de artigos científicos, tese de doutorado e em congressos de saúde coletiva.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lígia Giovanella
Pesquisadora titular
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036, sala 1001
Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-361
Tels.: (21) 2270-6937 / 3882-9134
Fax: (21) 2270-1793
E-mail: nupes@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 9º andar
Tel: (21) 2598-2570
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

Nome: _____ Assinatura _____