

Mercosul: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA*
KELI REGINA DAL PRÁ**

Resumo: Este artigo identifica os perfis distintos de atenção que evidenciam as desigualdades verificadas na garantia e fruição do direito à saúde na linha da fronteira Mercosul. A questão que mais se destacou foi a diversidade de compreensão sobre o significado do direito à saúde na região. Essa constatação parece indicar dois fatores interligados. Primeiro, a inexistência de princípios éticos e políticos comuns, e o segundo revela níveis de institucionalidades frágeis, incapazes de absorver a demanda dos usuários não brasileiros. Verificou-se, ainda, que os acordos firmados entre os governos nacionais não têm tido repercussão, ocorrendo em alguns casos o seu desconhecimento completo pelos gestores e profissionais. Do lado da população estrangeira que acessa o sistema, permanece a incerteza constante quanto ao tipo de atendimento que receberão. Do lado brasileiro, se evidencia a inexistência de padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e dos profissionais de saúde, dificultando o planejamento de ações integradas.

Palavras-chave: Direito à saúde, Mercosul, fronteira, demandas em saúde, integração regional.

* Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), professora da Universidade Católica de Pelotas e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC, pesquisadora do CNPq e do Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas. *E-mail:* vera.nogueira@pesquisador.cnpq.br

** Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre e pesquisadora do Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas. *E-mail:* keliregina@yahoo.com

*Mercosur: expressions of the inequalities in health
in the frontier line.*

Abstract: This article identifies the different forms of healthcare services that reveal the ethical and political distinctions in the guaranty and fruition of the right to healthcare on the border Mercosul. The issue that stood out most was the different understandings about the meaning of the right to healthcare in the region. This finding appears to indicate two inter-related factors. First, the non-existence of common ethical and political principles and second the fragile levels of institutionality, which are incapable of absorbing the demand from non-Brazilian users. It was also found that the agreements signed between the national governments have not had a repercussion, and in some cases there is a complete lack of knowledge of these agreements by administrators and professionals. The foreign population that accesses the system is still found in constant uncertainty of the type of service that it will receive. On the Brazilian side, the non-existence of uniform standards for service were found, favoring personal decisions by health administrators and professionals, making the planning of integrated actions difficult.

Keywords: right to health care, Mercosur, border, health care needs, regional integration.

Introdução

Este artigo apresenta parte dos resultados do *Projeto Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*, realizado entre agosto de 2003 e agosto de 2005.¹ Dando conta dos objetivos propostos para o estudo, caracteriza o perfil da demanda para as ações e os serviços de saúde e para o atendimento socioassistencial correlato, buscando evidências sobre o trânsito populacional interfronteiras. Identifica, também, as perspectivas éticas e políticas que o direito à saúde vem assumindo na linha da fronteira entre o Brasil e os países do Mercosul. Ao produzir conhecimento quanto à proteção social

¹ O estudo foi financiado pelo CNPq e teve apoio institucional da Secretaria de Estado de Articulação Internacional de Santa Catarina.

da saúde na região, pretende favorecer o alcance da integração social para além da unicamente econômica. A base empírica que subsidiou a análise foi a garantia ou não do acesso às ações e aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizados pelos usuários não brasileiros. Participaram pesquisadores e alunos² que atuam em universidades• que têm, de uma forma ou outra, relação com os dois eixos analíticos relacionados aos objetivos propostos, que são o direito à saúde e a faixa de fronteira.

O direito à saúde, na perspectiva adotada, pressupõe sua articulação com as condições reais de factibilidade e viabilidade, tendo como suposto a incidência direta dos ordenamentos econômicos e políticos sobre esse direito, expressando-se, portanto, de formas distintas de região para região. Utiliza-se o conceito de região como referência associada à localização de certos fenômenos que ocorrem em determinado espaço, independentemente de limites ou circunscrições administrativas.

Diante desta compreensão, entende-se que os elementos constitutivos dos processos de regionalização e globalização ocorridos nos últimos anos impõem a revisão da concepção de direito social no plano nacional, espraiando-se para o nível

² Pesquisadores: Prof^ª Ms. Adelina Baldissera (CPEL), Prof^ª Ms. Viviane Knorr Sander (Unijui), Prof^ª Mestranda Lislei Teresinha Preuss (Unijui), Prof. Dr. Alfredo Ap. Batista (Unioeste), Prof^ª Doutoranda Dúnia Comerlato (Unochapecó), Prof^ª Ms. Maira Tellechê da Silva (Unochapecó), Prof^ª Mestranda Maria Geusina da Silva (Uniamérica), Prof^ª Ms. Michelly Laurita Wiese (Facemed), Prof^ª Dr^ª Jussara Mendes (PUC-RS).

Consultores: Prof. Dr. Geraldo Di Giovanni (Unicamp/Fapesp), Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto e Prof^ª Dr^ª Regina Tamasso Mioto (UFSC).

Bolsistas de pós-graduação: PUC-RS: Keli Regina Dal Prá; UEL-PR: Daniela Castamann.

Bolsistas de graduação: UFSC/IC: Josiane Agustini, Karina Pedroso e Sabrina Fermiano; Unioeste: Keithy Del Moro, Luiz Alberto Cavalli, Débora Aparecida Melo de Oliveira, Elaine Martins Moreira, Rafaela Brustolin e Tatiane Vanilse Dreier; Uniamérica/IC: Criviam Paiva de Siqueira, Eliane Brambatti e Janini Maria Riquelme; Facemed: Christiani Cassoli Bortoloto e Micheli Amboni; Unochapecó: Marilde Sandri.

internacional e exigindo a construção de institucionalidades que ultrapassem as existentes nos planos nacionais.

A questão do direito à saúde, conforme vem sendo debatido usualmente nos termos formais das legislações dos Estados Nacionais, aborda as regiões fronteiriças como limites rígidos, intransponíveis, ignorando as interações contínuas e persistentes que ocorrem nesses espaços. Por outro lado, tais regiões – como objeto de estudo – têm merecido pouco destaque e, conforme aponta Gonzáles (2005), “...*permanecido invisibles durante mucho tiempo tanto para la política como para las ciencias sociales*”. Atualmente, com os processos de integração regional em curso e os impactos do fenômeno de globalização, a fronteira tornou-se um foco interessante para a agenda econômica e política. A dimensão social da integração e em especial a proteção social à saúde vêm sendo enfatizadas, e os programas na faixa de fronteira vêm merecendo um destaque cada vez maior, possivelmente em consequência do agravamento da pobreza de grande parcela da população.

O espaço fronteiriço exigiu repensar termos como território, territorialidade, zona de fronteira, faixa de fronteira e linha de fronteira. Essa revisão possibilitou adotar a concepção de “território” como um espaço que tende a marcar a exclusão, sendo reducionista sua apreensão unicamente à determinação jurídico-administrativa. Pelo contrário, o território “... é produto de processos de controle, dominação e/ou apropriação do espaço físico por agentes estatais e não estatais” (Brasil, 2005a, p. 17). A noção de “territorialidade” antagonicamente aponta para processos relacionados às influências e ao controle do uso social do espaço físico, podendo ter um caráter inclusivo, “... *incorporando novos e velhos espaços de forma oportunista e/ou seletiva, não separando quem está ‘dentro’ de quem está fora*” (idem).

Para caracterizar o trânsito interfronteiras, foi relevante a clareza conceitual entre linha de fronteira, faixa e zona de fronteira. Enquanto a “faixa de fronteira” é definida legalmente, associada aos limites territoriais do poder estatal, a concepção de “zona de fronteira” aponta para um “... espaço de interação. Indicaria uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas” (Brasil, 2005a, p. 21). É o espaço onde são testadas as políticas públicas de integração e cooperação, um microcosmo das diferenças de expectativas e transações do local, do regional e do internacional. Essas noções foram ferramentas heurísticas valiosas para entender os processos de inclusão e exclusão nas ações e nos serviços de saúde na região fronteiriça.

Os dados ora apresentados foram obtidos através de quatro instrumentos: levantamentos em base de dados oficiais sobre indicadores de saúde municipais (Brasil, 2005c); reuniões e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, considerados assim os gestores, profissionais e conselheiros de saúde nos municípios pólos;³ formulários aplicados nos municípios⁴ e registro de observações em diário de campo. Completou-se a base empírica com o resgate dos documentos governamentais dos respectivos Ministérios de Saúde dos países que integram a linha da fronteira Mercosul.

³ No Rio Grande do Sul: Uruguaiana, São Borja, Jaguarão e Santana do Livramento; no Paraná: Foz do Iguaçu e Guaíra, e, em Santa Catarina: Dionísio Cerqueira.

⁴ São eles: São Borja (RS), Santana do Livramento (RS), Uruguaiana (RS), Jaguarão (RS), Bagé (RS), Dom Pedrito (RS), Chuí (RS), Quaraí (RS), Itaqui (RS), Crissiumal (RS), Porto Xavier (RS), Santa Vitória do Palmar (RS), Itapiranga (SC), São José do Cedro (SC), Guaraciaba (SC), Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR), Santa Helena (PR), Missal (PR), Planalto (PR), Santo Antonio do Sudoeste (PR), Capanema (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), São Miguel do Iguaçu (PR), Foz do Iguaçu (PR) e Guaíra (PR).

O artigo está organizado em três partes, sendo a primeira uma breve indicação dos sistemas nacionais de saúde e as reformas recentes, enfatizando aspectos relacionados às diretrizes programáticas, à organização e à sua dinâmica. Na segunda parte, discute-se o perfil de demanda e acesso ao SUS pelos usuários não brasileiros. Na terceira e última parte trata-se de evidenciar como o direito à saúde na região da fronteira ainda é uma questão burocratizada e personalista, alheia às normatizações do Sistema Único de Saúde do Brasil e distante dos documentos legais que organizam o trânsito interfronteiras.

Diretrizes programáticas e inovações nos sistemas nacionais de saúde dos países do Mercosul⁵

Não se pode analisar a complexidade do direito à saúde na região fronteiriça do Mercosul sem atualizar as informações sobre as políticas nacionais de saúde dos países integrantes do bloco, as quais interferem não unicamente na consolidação do bloco regional em si, como influenciam as políticas dos Estados-parte. No âmbito das diretrizes programáticas e densidade institucional, verifica-se que os sistemas de saúde dos quatro países estudados são extremamente heterogêneos quanto à forma de organização, de gestão, de financiamento, do modelo de atenção e dos princípios ético-políticos que os orientam. As diferenças e discrepâncias entre o arcabouço jurídico-institucional desses países apresentam-se como questões centrais a serem pensadas na perspectiva de uma futura harmonização ou integração dos sistemas de saúde,

⁵ Durante a realização do estudo, a Venezuela estava em processo de inserção no Bloco como Estado-parte, contudo, a incorporação plena do país deu-se através da assinatura do Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela feita pelos presidentes do Brasil, Uruguai, Paraguai, Argentina e Venezuela no dia 4 de julho de 2006, na cidade de Caracas (Mercosul, 2006).

tanto em termos de bloco econômico como de integração na região de fronteira.

Um fator marcante das diferenças entre os sistemas de saúde refere-se ao padrão de financiamento da atenção à saúde em cada um dos países. A principal distinção está na concepção pública do sistema de saúde brasileiro em relação aos demais países no Mercosul (Dain, 2004). Estes países têm seus sistemas nacionais de saúde organizados essencialmente em seguros privados e ações limitadas de saúde financiadas pelo setor público. O atendimento público restrito a segmentos específicos da população, como é o caso dos indigentes e carentes no Uruguai, ilustra essa realidade quanto às diferenças nos aspectos financeiros.

Nos últimos cinco anos, os países vêm alterando infraconstitucionalmente alguns aspectos dos sistemas nacionais de saúde em decorrência do agravamento da situação de saúde da população, expressa de forma inequívoca nos indicadores de saúde, conseqüência imediata dos reajustes macroeconômicos praticados na região na década de 1990. Os estudos de 2002 da Organização Pan-americana de Saúde constataram que 46% da população do continente sul-americano não contam com seguro-saúde, 27% não têm acesso sequer à atenção básica e 17% dos nascimentos não tem assistência qualificada (Escamilla, 2005).

Na Argentina, o direito à saúde não se encontra explícito na Constituição. O Decreto-Lei nº1.269/1992 define o modelo de descentralização administrativa do sistema de saúde argentino, repassando para Provincias e municípios grande parte da responsabilidade financeira e executiva dos programas de atenção à saúde. Esse mesmo decreto cria a figura dos Hospitais Públicos de Auto-gestão (HPA), obrigados a disponibilizar atenção médica igualitária a toda a população

e de forma gratuita aos pacientes carentes de recursos, para os quais é exigido um atestado de indigência (Argentina, 1992). Ocorre a incessante busca de recursos financeiros e de processos cada vez mais rigorosos de seleção da população a ser beneficiada, o que acentua a fragmentação e a naturalização da desigualdade do direito à saúde (Gambina, 2002). A política de desregulamentação do Estado atingiu também o sistema das Obras Sociais, um dos três subsetores que conformam o sistema de atenção à saúde na Argentina. As obras sociais têm seu financiamento através dos trabalhadores inscrito no mercado formal e exercem a função de compra e venda de serviços, contratando grupos de provedores médicos privados e, também, instituições corporativas de profissionais (Dal Prá, 2004). Mesmo considerando-se sua heterogeneidade e fragmentação, desempenhavam um papel significativo no âmbito da Seguridade Social (Simionatto; Nogueira, 2002).

Vários fatores, como o aumento do custo na atenção médica, a incorporação de tecnologias de ponta, o crescimento da medicalização e de novas doenças, associados à má administração, clientelismo, corrupção e enriquecimento pessoal, provocaram a crise das Obras Sociais a partir dos anos 1980 (Dal Prá, 2004). O crescente aumento do desemprego vem colocando em risco o acesso da população aos serviços de saúde, tanto no setor público quanto no subsetor privado, levando em consideração que a maior parte da população (22 milhões de pessoas) tem cobertura dentro do sistema de saúde através das Obras Sociais (Gambina, 2002).

As diretrizes atuais do governo argentino, ainda que não alterando o núcleo duro da Constituição, evidenciam a preocupação com a ampliação da exclusão em saúde nos termos considerados pela Organização Pan-americana de Saúde (Argentina, 2005). No âmbito de saúde contêm propostas de manter o espírito solidário do sistema; assegurar um

conjunto de ações efetivas; priorizar políticas preventivas e não curativas; priorizar grupos de risco; assegurar medicamentos básicos e eficientes; ênfase em medicina social e comunitária; enfatizar a atenção primária em saúde como estratégia política e como ação intersetorial e rede social; focalizar programas em grupos de risco; manter a independência dos Ministérios das 23 Províncias (Argentina, 2005).

No Brasil, o direito à saúde se consolidou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, incluindo aspectos ético-políticos fundamentais que apontam para a igualdade social e a equidade em saúde. A carta constitucional sinaliza, de forma explícita, o direito à saúde como uma responsabilidade do Estado e um direito de todos. Incorpora a concepção de direito que entende a satisfação das necessidades de saúde como um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem. Nessa ótica, independe do mercado na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário. A saúde se constitui num direito essencial que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos (Simionatto; Nogueira, 2004). Institucionalmente, é um sistema descentralizado em termos de financiamento e gestão, com ênfase na municipalização.

Estudo recente aponta que 75% da população brasileira possui cobertura assistencial pelo sistema público de saúde. A insuficiência da rede pública hospitalar exige a contratação de hospitais privados, que prestam atendimento ao SUS. Em relação à atenção básica, o grande provedor é o setor público, atendendo a 75% da população (Astorga, 2004).

As propostas governamentais recentes indicam: ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, inclusive assistência farmacêutica, com garantia da qualidade do

atendimento; intensificação das ações de controle de endemias e fortalecimento das ações de vigilância em saúde; ampliação dos repasses financeiros para a atenção básica; formulação e implantação de política de recursos humanos e fortalecimento da gestão democrática do SUS (Brasil 2003).

O subsistema privado de saúde é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que disciplina ou busca disciplinar o mercado de seguros e planos de saúde privados, que atende 30% da população e “*é caracterizado pela natureza mercantil contratual das relações entre atores, o que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo*” (Wilken, 2005, p. 101). Concentra-se no eixo Rio-São Paulo e tem uma reduzida expressão em outros centros urbanos. Importa frisar que, além da concentração apontada, dois aspectos perversos da maioria dos planos de saúde privados do País são a seletividade que impõem aos idosos pela via dos altos custos das mensalidades e a exclusão do atendimento das moléstias crônico-degenerativas e de alta-complexidade.

Nas últimas décadas, sob o argumento da necessidade de ajustar as contas públicas, os aportes financeiros para a área da saúde vêm sendo reduzidos, favorecendo um modelo centrado na educação sanitária e no meio externo, focalizado para os pobres (Simionatto; Nogueira, 2004). Segundo Wilken (2005, p. 103), a ampliação e a consolidação do Subsistema Privado se deve

[...] à consolidação do capital financeiro; fomento financeiro do poder público para ampliação da rede privada; confluência de interesses entre empregados, patrões e operadoras; garantia de um mercado, pelo Estado, por meio de incentivos fiscais; perda de poder aquisitivo da classe média que migra da medicina liberal para a assistência médica suplementar; processo de universalização do acesso, num contexto neoliberal de redução relativa do investimento público [...].

No Paraguai, a Constituição de 1992 aponta que o Estado protegerá e promoverá a saúde como um direito fundamental da pessoa e como um interesse da coletividade (Paraguai, 1999). O sistema, coordenado pelo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, prevê o fortalecimento institucional nas funções de direção, organização, provisão e garantias de acesso, com a descentralização financeira e decisória para os Centros de Saúde e Hospitais. Reconhece o papel da sociedade na produção social da saúde e o do Conselho Nacional de Saúde no controle de qualidade dos serviços.

O que se observa é a delegação de tarefas e responsabilidades aos departamentos e municípios, com uma provisão ainda reduzida de recursos financeiros, técnicos e humanos para a execução das atividades. No plano dos recursos orçamentários, prevê um novo esquema de financiamento dos gastos relativos à saúde, através da implementação do Fundo Nacional de Saúde, no qual se reconhece fortemente a tendência do *welfare mix* e o apelo à transparência no uso dos recursos públicos. As inovações institucionais previstas estão no âmbito administrativo, com a modernização e a implantação de um novo modelo de gestão; na área técnica, com as inovações tecnológicas; e, no campo dos recursos humanos, com a capacitação e o aperfeiçoamento dos profissionais. No âmbito assistencial, as estratégias são as da Atenção Primária ou básica, visando à redução dos custos e ao repasse de maior responsabilidade quanto aos cuidados com a saúde para o cidadão, na perspectiva no novo paradigma sanitário (Paraguai, 2005).

O governo Nicanor Duarte Frutos, ao implantar, desde 2003, o Plano Nacional de Salud, definiu como prioridade a focalização das ações que facilitem a integração social e contribuam para superar as formas de discriminação de grupos vulneráveis. Propõe uma política de atenção integral, incluindo

ações de prevenção junto aos setores vulneráveis e de alto risco; a participação de prestadores de serviços de saúde privados, organizações comunitárias dentro de um marco regulatório instituído pelo Ministério e a descentralização do setor saúde para os níveis subnacionais (Paraguai, 2005). Houve a reestruturação do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, intensificando-se as seguintes ações: implementação do Sistema Nacional de Saúde; ampliação da proteção social com equidade; garantia do fortalecimento institucional nas funções de direção, organização, provisão e garantias; produção social da saúde com esforço positivo da sociedade e participação consensual da sociedade civil (Recalde, 2005).

O governo paraguaio propõe, ainda, ações integradoras direcionadas especificamente para a linha de fronteira, com os principais itens:

Análisis de la situación de salud de las regiones fronterizas de los países miembros del MERCOSUR y Estados Asociados;

Elaboración de políticas sanitarias comunes con sus estrategias para lograr los objetivos;

Planificación conjunta de las acciones priorizadas en el marco de la política nacional de cada país con acciones integradoras para los Estados Partes;

Involucramiento y empoderamiento de los actores sociales de los tres niveles, local, regional y nacional para el análisis situacional y proponer soluciones a los problemas de salud en las personas y de los factores de riesgo que puedan afectar la salud humana;

Acordar en el modelo de atención a ser implementado en las fronteras, priorizando las acciones dirigidas a la madre y el niño;

Diseñar un instrumento común para la evaluación de necesidades de salud por municipios fronterizos;

Implementación de las normativas del MERCOSUR en las fronteras en lo que hace relación a los ejes temáticos y evaluación de los compromisos asumidos;

Elevar a consideración de los Señores Ministros de Salud del MERCOSUR y Países Asociados el tema “Sistema de Integración de Salud en las Fronteras “ para su análisis y directrices;

Conformar un grupo técnico cuatripartito para las negociaciones y seguimiento del tema designado por los Señores Ministros y solicitar el apoyo técnico de la OPS/OMS. (Recalde, 2005).

No Uruguai, o Ministerio de la Salud Pública apresenta como estratégia a focalização da

asistencia médica gratuita hacia los sectores de población indigentes y carentes de recursos, promoviendo la reforma gradual de la gestión de las prestaciones de los Hospitales Públicos, fundado en la descentralización operativa que tienda a un mejor aprovechamiento de las capacidades humanas y hospitalarias (Uruguai, Ministerio de la Salud Pública, 2001, p.1).

O sistema de saúde do Uruguai é formado por um conjunto heterogêneo de instituições, compreendendo um subsector público, uma rede de centros assistenciais da previdência social e um subsistema privado, com um grupo de instituições reguladas pelo Estado. O subsistema privado mantém, ainda, uma parte de serviços no âmbito do mercado, através de seguros médicos voluntários e privados. Este desenho vem sendo criticado por sujeitos políticos relacionados à saúde por manter um financiamento misto e mercantilizado, concentrado na atenção médica e sem normativas estratégicas. No que diz respeito à organização do sistema, há a superposição de serviços, a atenção orientada pela demanda espontânea e uma regulação desigual do Ministerio de Salud Publica. Hoje, há um movimento englobando associações profissionais, conselhos profissionais e associações acadêmicas que vem propondo uma alteração em várias dimensões do sistema. Entre outras,

destacam-se as seguintes propostas: saúde como direito humano universal; exigência de um sistema nacional de saúde com universalidade, continuidade, integralidade; financiado através de um seguro nacional de saúde único e universal, constituído por 10% da renda familiar mais 5% empresas sobre salário e um aporte do Estado; integração da saúde com outros setores (Adasu, 2005).

O arriscado acesso às ações e aos serviços de saúde na linha da fronteira

Em primeiro lugar, constatou-se a fragilidade no registro das informações quanto à demanda e ao atendimento de usuários estrangeiros. Este fato pode ser traduzido como um dos indicativos da tendência do direito à saúde na região. A responsabilidade ética pela informação correta e precisa não é considerada, além de, no plano da planificação do sistema, reduzir a possibilidade de organizar a atenção com base nas necessidades de saúde da população. Há a alegação, por parte dos gestores e profissionais de saúde, de que não há rubrica para anotar o ingresso de estrangeiros nos procedimentos de atenção básica, além de não receberem uma contrapartida financeira pelo atendimento prestado. Assim, em alguns casos o estrangeiro é atendido e inscrito como brasileiro, falseando a realidade. Mesmo em casos de agravos referidos como urgência e emergência e média e alta complexidade, é omitida a origem estrangeira.⁶

Identificou-se que, ao longo da linha da fronteira, em 92,9% das unidades de saúde pesquisadas os respondentes apontaram a existência de demanda para atendimento de estrangeiros. Em apenas 7% a referência é ambígua, pois em

⁶ Com a implantação do Programa SIS-Fronteiras, em 2005, pelo Ministério da Saúde, essa situação poderá ser minimizada.

um município um respondente indicou que não havia, e outro mencionou a existência de estrangeiros demandando atenção à saúde. Esta constatação sinaliza que, no plano das políticas de saúde para a região fronteira, as formulações devem levar em conta as peculiaridades locais, sendo inapropriada qualquer proposta que considere a faixa e a linha da fronteira como uma realidade uniforme.

No tocante à condição de acessibilidade, esta é facilitada ou dificultada pelo tipo de acesso e o transporte mais utilizado. No caso estudado, verificou-se que, devido ao tipo de fronteira física existente, a entrada no Brasil ocorre preferencialmente por ponte e balsa. Em alguns municípios, embora exista transporte coletivo de um país para o outro, muitos usuários chegam ao serviço fazendo a travessia a pé, pelas pontes.

Pode-se notar que, em relação à demanda do país fronteiro e à área da Tríplice Fronteira, a Argentina aparece com 31,1% das referências, seguida da região da tríplice fronteira (28,2%), Uruguai (18,3%) e Paraguai (18,31%). Há que levar em conta que, com exceção da Tríplice Fronteira, onde o trânsito é reconhecido como o mais intenso da região estudada, no restante da linha de fronteira entre o Brasil e Paraguai o trânsito interfronteira é bastante dificultado pela existência de matas ou rios, o que explica o valor indicado.

O número de estrangeiros que busca atendimento no SUS é relativamente uniforme ao longo da fronteira, situando-se entre 0 e 10% em 61,3% das menções. Já os que se situam entre 11 e 20% são 12,3% das referências, entre 21 e 30% em 8,9% das referências, e entre 31 e 40% em 7,4% das referências.

Quando se analisa particularmente cada país, verifica-se que, entre os 31,1% dos usuários originários da Argentina, 26,2% ficam entre 0 e 10% da demanda. No Uruguai, 22%

das referências ficam entre 0 e 10%, o que caracteriza uma demanda reduzida. Em relação ao percentual de estrangeiros que são atendidos, a situação se particulariza em cada município, sendo as frequências maiores obtidas em Foz do Iguaçu (28,2%), Guaíra (8,4%), Santana do Livramento (7,4%), São Borja e Uruguaiana (6,4%), Santa Helena (5,4%), Missal (4,9%), Quaraí e Bajé (3,4%), e Jaguarão (2,9%). Nos demais municípios, a demanda, quando referida, oscila entre 0,99 e 1,4 (Quadro 1).

Quadro 1 – Demanda de estrangeiros para atendimento em saúde

Municípios	Demanda
Foz do Iguaçu	28,2%
Guaíra	8,4%
Santana do Livramento	7,4%
São Borja e Uruguaiana	6,4%
Santa Helena	5,4%
Missal	4,9%
Quaraí e Bajé	3,4%
Jaguarão	2,9%
Nos demais municípios pesquisados	0,99%

Quanto às razões para a procura do atendimento no Brasil, em uma ordem hierárquica, a gratuidade do sistema foi o motivo mais citado (15,9%). Em seguida, aparecem a proximidade da residência (13,3%), qualidade dos serviços (12%), existência de amigos ou parentes no local (10,7%), precariedade dos serviços (10,6%), inexistência do serviço

de saúde no país de origem (9,2%) e facilidade de entrada no sistema (8,7%) (Quadro 2). A perspectiva da territorialidade na faixa da fronteira é confirmada pelo alto índice de demanda pela existência de familiares e amigos, o que corrobora a afirmação da necessidade de se pensar em sistemas de saúde harmonizados na área estudada. Os limites nacionais não são reconhecidos pelos fronteiriços devido ao alto grau de interação ocorrido, especialmente nas cidades-gêmeas.

Quadro 2 – Razões para demanda ao SUS

Razões	Demanda
Gratuidade	15,9%
Proximidade	13,3%
Qualidade dos serviços	12 %
Existência de amigos ou parentes	10,7%
Precariedade dos serviços	10,6 %
Inexistência do serviço de saúde no país de origem	9,2%

Com relação aos serviços e ações de saúde que mais atraem os usuários não residentes no Brasil, destacam-se os atendimentos médicos, citados com uma frequência similar nos três países e na Tríplice Fronteira. Os medicamentos se situam como a segunda atração para o ingresso no sistema, com maior frequência, entretanto, na região da Tríplice Fronteira. Em terceiro lugar, são as vacinas que mobilizam a vinda dos usuários estrangeiros.

Confirmando dados anteriores, são identificados na região da Tríplice Fronteira dois aspectos relacionados ao fator pobreza como mobilizadores para a busca de usuários de

outros países: um deles corresponde aos encaminhamentos para outros serviços sociais, utilizando-se a entrada no sistema de saúde como uma ponte para obter outros serviços sociais; o outro é a busca pela legalização da situação no Brasil, igualmente refletindo a precariedade e as desigualdades socioeconômicas da região.

Destaca-se a importância da gratuidade do sistema na região da Tríplice Fronteira em relação à Argentina e ao Uruguai, onde é mais relevante, proporcionalmente, a qualidade do serviço. A proximidade, que é um fator significativo para os usuários que procedem da Argentina, não é citada como tal para os que são originários do Paraguai e da Tríplice Fronteira.

A exigência de documentação pessoal não é uniforme ao longo da fronteira, seja para atendimento em atenção básica, seja ambulatorial. As equipes do Programa de Saúde da Família usualmente solicitam documentos, incluindo o comprovante de residência, bem como os municípios que estão fazendo o cadastramento dos habitantes e iniciando a implantação do cartão SUS. O preenchimento do cartão SUS igualmente não obedece às normas usuais. Verificou-se que alguns gestores orientam os funcionários a cadastrarem todos os usuários que acedem à unidade sanitária, independente de nacionalidade. Tal indicação pode estar relacionada à dificuldade para regularização de documentos pessoais que, segundo os relatos, se deve ao alto custo desse processo.

A maioria das respostas aponta uma orientação por parte dos gestores em atender unicamente aos casos de urgência e emergência. Informações coletadas com os profissionais de saúde demonstraram que os estrangeiros são atendidos na rede de saúde principalmente no nível de atenção básica e ambulatorial dentro da capacidade do município, e não registrados como estrangeiros.

Foram mencionados raros casos de usuários estrangeiros que conseguiram prosseguir com tratamento de saúde de alta complexidade em outro município. Sendo assim, quando um usuário estrangeiro necessita de atendimento de alta complexidade que tenha que ser fornecido fora do município fronteiriço, o atendimento é interrompido.

Na fronteira entre o Brasil e o Uruguai não há referências, pelos profissionais entrevistados, sobre a Lei nº 907, de 21 de novembro de 2003, que prevê a igualdade de direitos em trabalho, residência, estudo e previdência aos 850.000 uruguaios e brasileiros que vivem a 20 km do limite entre os dois países. Igualmente não há menção à Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil (Brasil, 1980).

Um dado significativo em termos de provisão de atenção refere-se à população brasiguaiia, estimada em 350.000 pessoas pelo cônsul brasileiro em Ciudad del Leste e profissionais da Itaipu Binacional. Os emigrantes que entraram no Paraguai nos anos 1970 geralmente não têm documentos. Por esta razão, existem famílias de indocumentados, cujos filhos não têm registro nem no Paraguai nem no Brasil. As estimativas são que 10% dos brasiguaios estejam nessa situação. Já entre as crianças, estima-se que 20 ou 30% não possuem certidão de nascimento ou outro documento que possibilite o acesso legal ao SUS. Esse fato impede, muitas vezes, o acesso aos serviços de saúde, dependendo da posição do gestor.

No que se refere à integração das políticas, em geral a maior parte dos profissionais que estão no atendimento direto com a população desconhece quaisquer medidas, acordos ou pactos que dizem respeito a essa integração. Foram identificadas escassas referências ao Mercosul no aspecto econômico, político e jurídico. A integração, quando relatada,

é sobre campanhas conjuntas de vacinação, que vêm sendo realizadas pelo Programa Vacinação nas Américas.

Os Comitês de Fronteira, constituídos a partir de atos normativos do Ministério das Relações Exteriores, não aparecem como fóruns consolidados para discussão de políticas de integração, não tendo sido mencionados pelos profissionais de saúde como influenciando ou viabilizando a integração de políticas.

Confirmou-se que os gestores buscam solucionar problemas de escassez através da união informal com gestores locais de países vizinhos. Entretanto, em função de barreiras jurídico-institucionais e político-econômicas, essas ações não observam necessariamente sustentabilidade, qualidade ou racionalidade.

O precário direito à saúde

As opiniões referentes ao grau e à amplitude do direito à saúde pelos não residentes ao SUS foram extremamente diversificadas, com preponderância das respostas afirmativas, ou seja, que o direito à saúde supera os limites do Estado-nação.

Entretanto, quando se questiona em quais casos o direito não é garantido, aparece alta incidência de respostas em que tal não acontece nos casos de inexistência de documentação civil e comprovante de residência, seguido de tratamentos de alta complexidade e cirurgias eletivas, assistência farmacêutica, atendimento odontológico e medicamentos de uso contínuo. Aproximadamente 35% das respostas indicam a não existência de direito garantido. Importa observar que a maior incidência de respostas nessa direção foi encontrada entre os profissionais situados na linha de fronteira com o Paraguai.

Os obstáculos se localizam na falta de documentos que comprovem a cidadania brasileira e sinalizam para a urgência de políticas que dêem sustentação efetiva aos processos de integração no setor saúde, ressaltando não estarem informados ou não tomarem conhecimento das discussões em escalões superiores do governo.

Alertam para o peso causado aos municípios para arcar com os custos financeiros dos atendimentos aos usuários não residentes, sendo esse o fator primordial para a negação do direito. A orientação de não atendimento por parte dos gestores foi uma das respostas explicativas para a não garantia dos direitos por apenas 3% dos respondentes.

Parte das respostas contrárias à garantia do direito ao usuário não brasileiro é motivada por uma insuficiência do próprio sistema, que não atende também aos brasileiros de forma satisfatória. Assim, parece não estar em jogo o fato de a pessoa ser estrangeira, mas essencialmente a debilidade das políticas de saúde brasileiras.

Parte das explicações encontradas para o não atendimento sinaliza, ainda, para motivações de ordem prática e até bastante pragmáticas, como a inexistência de equipamentos, a falta de recursos humanos, a insuficiência de vagas para consultas médicas, as filas, os horários não coincidentes, os atrasos nos repasses financeiros e a “burocracia brasileira”. A não reciprocidade de atendimento em outros países igualmente é um dos argumentos para o não reconhecimento dos direitos à saúde dos não residentes.

Os respondentes que afirmam ser o direito efetivamente garantido, em quase todos os casos, apontam como exemplos concretos o atendimento às gestantes, as solicitações de vacinas, os atendimentos de urgência e emergência, os procedimentos de atenção básica, as consultas médicas e os casos de mordidas de cobras e outros animais.

O direito de o usuário estrangeiro ser atendido é visto desde como um ato cristão até como um direito decorrente de igualdade, independente da origem, nacionalidade, cor e condição econômica. Paradoxalmente, sobressai tanto a noção de cidadania vinculada à residência no Brasil e à forte crítica ao usuário que usa de estratégias para inclusão no sistema, como práticas e estratégias de inserção dos cidadãos estrangeiros por parte de brasileiros que fogem à legalidade estabelecida.

Igualmente, a concepção de direito entre os profissionais não é unívoca. Identifica-se um *continuum* que parte da afirmação de que a cidadania social se vincula ao trabalho, determinada pela meritocracia de inserção no mercado formal e assemelhando-se a um seguro social, até os que afirmam ser a cidadania social um direito universal, global e de responsabilidade dos gestores dos três níveis de governo e ultrapassando limites territoriais nacionais. No primeiro caso, a população empobrecida, que não contribui com o Sistema, não tem o *status* de cidadão.

Ainda em relação aos profissionais, a explicação para as estratégias de inclusão desenvolvidas pelos usuários estrangeiros toma a forma de uma censura ou de apoio, o que se relaciona à própria idéia de cidadania social e seus determinantes. Há mais facilidade para aceitar as estratégias em casos de risco de vida, caindo-se em uma concepção sanitária médico-centrada e de atenção à doença.

Não vêm sendo referidos atores políticos que possam ressignificar a categoria direitos de cidadania, com exceção do Ministério Público. Tal fato é explicado pelos profissionais por ser a área da fronteira, especialmente Foz do Iguaçu, uma cidade sem lei e dominada pelos donos do poder. As regulações institucionais frágeis, e os profissionais e gestores do poder executivo não têm autonomia e/ou respaldo político

para denunciar os desmandos que ocorrem. O *mix* público e privado parece ser a regra nos encaminhamentos relativos aos direitos, especialmente porque os interesses econômicos particularistas são encontrados nos três países fronteiriços.

No âmbito das institucionalidades, verificou-se que os sistemas de saúde dos quatro países estudados são extremamente heterogêneos quanto à forma de organização, de gestão, de financiamento, do modelo de atenção e dos princípios ético-políticos. As diferenças e discrepâncias entre o arcabouço jurídico-institucional desses países apresentam-se como uma questão central a ser pensada na perspectiva de harmonização ou uma futura integração dos sistemas de saúde, sendo tais aspectos o forte determinante do trânsito interfronteiras.

Foi registrada a inserção da questão da fronteira em agendas governamentais atuais, destacando-se uma iniciativa de integração de fronteira extremamente inovadora e seguindo algumas indicações de estudos feitos sobre o sistema de integração na União Européia, de iniciarem-se os processos integradores a partir de ações concretas.

Destaca-se, assim, nas cidades gêmeas Dionísio Cerqueira, Barracão e Bernardo de Irigoyen uma proposta em execução recente. Os gestores dos três municípios vêm implantando ações de qualificação de recursos humanos, uso compartilhado do Laboratório de Fronteira (com divisão de responsabilidades e de recursos financeiros), seminários de integração e atividades de educação em saúde de forma integrada. Igualmente, na fronteira de Santa Catarina com a Província de Misiones, os gestores estaduais estão organizando encontros sistemáticos. No documento intitulado *Carta de Posadas*, de 14 de abril de 2004, estabelecem metas a serem alcançadas em curto, médio e longo prazos em todas

as áreas da administração, articulando ações integradas entre o governo de Santa Catarina e a Província de Misiones.

No setor de saúde, as propostas são relacionadas à definição do nível de complexidade dos hospitais da linha da fronteira, organização de um sistema partilhado de informações para subsidiar a tomada de decisões e desenvolver sistemas de educação a distância para qualificação de pessoal (Santa Catarina, 2004). Em fevereiro de 2005, foram reiterados os propósitos de integração, ampliando-se as linhas de cooperação para ações integradas no uso do laboratório instalado em Dionísio Cerqueira (Santa Catarina, 2005).

Em sua proposta de agenda nacional para a saúde, o atual governo paraguaio incluiu ações integradoras direcionadas especificamente para a linha de fronteira (Recalde, 2005).

Algumas conclusões

Identifica-se, cada vez mais, a perversa interface entre a crescente exclusão social e a saúde, acentuando a dificuldade da proteção pública no setor. Tal situação exige não apenas investimentos e ações relacionados à proteção social, mas um debate intensivo sobre os novos direitos, sobre uma cidadania social globalizada fazendo eco à globalização econômica.

A questão que mais se destacou, tendo em vista os resultados, tanto entre os gestores como entre os profissionais de saúde, foi a diversidade de compreensão sobre o significado do direito à saúde na região, o que ocasiona perfis distintos de atenção às demandas de saúde por parte dos estrangeiros que vivem na linha de fronteira. Essa constatação parece indicar dois fatores interligados. O primeiro é a desconsideração dos princípios éticos e políticos comuns, decorrentes da política nacional de saúde, e o segundo parece revelar níveis de

institucionalidades frágeis, incapazes de absorver a demanda dos usuários não brasileiros protegidos pelo Estatuto do Estrangeiro.

Verificou-se, ainda, que os acordos e pactos firmados entre os governos nacionais não têm tido repercussão, inclusive, em alguns casos com o desconhecimento completo deles por parte dos gestores e profissionais, o que leva a um binômio perverso. Do lado da população estrangeira que acessa o sistema de saúde no Brasil, permanece a incerteza constante quanto ao tipo de atendimento que receberão em caso de necessidade. Do lado brasileiro, se evidencia a inexistência de padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, dificultando o planejamento de ações integradas entre os sistemas de saúde dos municípios brasileiros e de outros países.

Considerando-se a realidade estudada, parte-se do suposto que a diversidade de atenção à saúde na linha da fronteira Mercosul pode ser explicada pelo reduzido nível de institucionalidade dos sistemas municipais de saúde, especialmente nas cidades gêmeas, onde se acentuam os processos de exclusão social em saúde aos usuários não brasileiros (OPAS, 2003; ARUJ, 2004). Tais distinções acentuam as disparidades regionais ao longo da fronteira, ampliando a exclusão social em saúde e revelando as dificuldades de integração entre os sistemas locais de saúde nacionais e dos países vizinhos.

A garantia do acesso ao sistema de saúde, que expressaria o tipo de relação estabelecida entre a sociedade civil e o Estado, mantém-se em uma área nebulosa, na qual a densidade institucional que favoreceria a sua garantia não ocorre.

Convém lembrar que estratégias são recursos usados, como seu próprio nome indica, em situações especiais, que

implicam um jogo de forças não condizentes com uma política pública. Evidentemente, os profissionais não avançam, em termos discursivos, além de uma cidadania nacional, mas um compromisso ético maior com a vida é verificado em grande parte dos respondentes nas ações concretas, traduzindo subjetivamente uma concepção de cidadania que ultrapassa os limites territoriais brasileiros.

As práticas políticas, em alguns municípios, mantêm um padrão personalista e patrimonialista, com a oferta dos serviços e ações de saúde aos não brasileiros fundamentada em critérios que se afastam das necessidades de saúde, diversos de região para região e mesmo de município para município. Tais procedimentos se repõem ao longo da linha de fronteira, ocasionando uma atenção desigual e perversa em alguns casos. Os usuários não brasileiros utilizam estratégias arriscadas para acesso ao sistema como, por exemplo, aguardar o agravamento da doença para o ingresso como emergência, quando o atendimento é sempre realizado.

As conclusões sinalizam para o necessário aprofundamento quanto às referências teóricas recentes sobre harmonização da atenção à saúde nos blocos regionais e o relevo que adquirem os conhecimentos sobre os sistemas de valores, ou seja, o patamar de solidariedade que se quer alcançar, tendo em vista as gritantes distinções entre os países. Nessa linha, pode-se afirmar que as diferenças repousam não apenas na garantia do acesso aos serviços e as ações de saúde, mas igualmente na qualidade de vida da população, com reflexos imediatos no bem-estar e na saúde, entendida em sua concepção ampliada.

Entende-se que a discussão sobre o alcance dos direitos é o ponto de partida para a harmonização efetiva dos sistemas de saúde dos países do Mercosul. Reconhece-se que, contraditoriamente, os processos de integração regional

colocaram em cheque as evidências do direito à saúde como um direito limitado à idéia de nacionalidade, de uma cidadania construída sobre o Estado-nação. Ampliar o debate no sentido de entender que, atualmente, os processos

[...] que ceñían la moderna estructura burocrática del Estado nación se difuminan y los elementos que tradicionalmente lo explicaban – la idea de soberanía, territorialidad y poder – comienzan a ser discutidas y cuestionadas (González, 2005).

Referências bibliográficas

ADASU (Asociación Profesional de Asistentes Sociales de Uruguay).

Las tendencias y posibilidades de investigación sobre protección social y atención de la salud en Uruguay. In: SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO FRONTEIRA MERCOSUL: as interfaces entre o social e o direito à saúde. *Anais...* Florianópolis: Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC, Painel, 2005.

ARGENTINA. *Decreto nº 1.269 de 20 de julho de 1992*. Aprova as políticas substantivas e instrumentais de saúde. Disponível em: <<http://www.santafe.gov.ar/msyma/plantelesprofesionales/normativasnacionales/enfermeria-servicios.htm>>. Acesso em: 6 jul. 2005.

_____. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Plan de desarrollo estratégico*. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/html/site/instit_des_est.asp>. Acesso em: 1 jun. 2005.

ARUJ, Roberto. *Sobre el uso de los servicios de salud pública de L.O.U en la frontera con Brasil*: informe final de consultoría. OIM-MSROU. 2004.

ASTORGA J., Ignácio. *Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai*: 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980*. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho

- Nacional de Imigração. 1980. Disponível em: <http://www.dnrc.gov.br/Legislacao/lei/lei_6815.htm>. Acesso em: 14 jul. 2005.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. *Base de dados*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 4 jul.2005b.
- _____. Ministério da Saúde. *SUS: 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação*. CD-ROM. Brasília, 2003.
- _____. Ministério das Relações Exteriores. *Mercosul jovem*. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/jovem/default.asp?Key=125>>. Acesso em: 14 jul. 2005b.
- DAIN, Sulamis. Subsídios para a formulação de um Sistema de Integração dos Modelos de Prestação de Serviços de Saúde no Mercosul e nas Regiões de Fronteira: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde. In: GALO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs.). *SIS-Mercosul: uma agenda para a integração*. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2004.
- DAL PRÁ, Keli Regina. As reformas na Argentina. In: SIMMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera (Orgs.). *Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, Direito à Saúde e perspectivas da Agenda Social*. Florianópolis: Lagoa, 2004.
- ESCAMILLA, J. A. Saúde e exclusão nas Américas. In: SEMINÁRIO FRONTEIRA MERCOSUL: as interfaces entre o social e o direito à saúde. *Anais...* Florianópolis, Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC, 2005.
- GAMBINA, Júlio; BÓRON, Atilio. La globalización económico-financiera en Latinoamérica. In: GAMBINA, Júlio (Comp.). *La globalización económico-financiera: su impacto en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO, 2002. (Colección Grupos de Trabajo de CLACSO).
- GONZÁLES, Carolina Laurindo. La frontera en debate: una discusión abierta en torno a la integración regional y el futuro del Estado nación. In: SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO FRONTEIRA MERCOSUL: as interfaces entre o social e o direito à saúde. *Anais...* Florianópolis: Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC, 2005.

MERCOSUL. *Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao Mercosul*: notícia oficial. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/msweb/principal/contenido.asp>>. Acesso em: 21 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Apoyo para planear investigaciones sobre estrategias para extender la protección social en salud*. Disponível em: <<http://www.opas.org>>. Acesso em: 12 fev.2003.

PARAGUAI. *Lei 1032 que cria o Sistema Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://www.mspbs.gov.py/planificacion/polsalud.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2006.

_____. *Decreto Lei 4.674/99 de 11 de agosto de 1999*. Reestrutura o Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. 1999. Disponível em: <<http://www.leyes.com.py/index.html>>. Acesso em: 13 jul. 2005.

_____. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. *Plano Nacional de Salud 2003-2008*: gobierno Nicanor Duarte Frutos. 2005. Disponível em: <<http://www.mspbs.gov.py/planificacion/polsalud.htm>>. Acesso em: 1 jun. 2005.

RECALDE, Humberto Gamarra. Política de salud: Uruguai. In: SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO FRONTEIRA MERCOSUL: as interfaces entre o social e o direito à saúde. *Anais...* Florianópolis: Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC [2005]. Palestra.

SANTA CATARINA. Secretaria Executiva da Articulação Internacional (SEAI). *Relatório do Encontro de Posadas*. Posadas: Secretaria Executiva da Articulação Internacional, Governo de Santa Catarina, 2004.

_____. *Relatório do Encontro de Florianópolis*. Florianópolis: Secretaria Executiva da Articulação Internacional, Governo de Santa Catarina, 2005.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M. R. *Direito à saúde*: discurso, prática e valor: uma análise nos países do Mercosul, relatório parcial de pesquisa. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, DSS, 2002.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M.R. Aspectos legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M. R. (Orgs.). *Dilemas do Mercosul*: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lagoa, 2004.

URUGUAI. Ministério de Salud Pública. *Marco regulatório de la asistencia médica*. 2001. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/m_regul/marco_regulatorio.htm>. Acesso em: 1 jul 2005.

WILKEN, Paulo Roberto Coelho. *Política de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS): uma realidade em construção*. Rio de Janeiro: H. P. Comunicação, 2005.

Artigo recebido em 28 de abril de 2006 e aprovado em 31 de maio de 2006.