



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA CLÁUDIA PINHEIRO TORRES

**ANÁLISE DOS ACORDOS DO MERCOSUL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
SAÚDE COM O BRASIL.**

Ceilândia – DF, 2013.

ANA CLÁUDIA PINHEIRO TORRES

**ANÁLISE DOS ACORDOS DO MERCOSUL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
SAÚDE COM O BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Saúde Coletiva, da Faculdade de  
Ceilândia da Universidade de Brasília,  
como requisito para obtenção do Grau de  
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Priscila Almeida de Andrade.

Ceilândia – DF, 2013.

Torres, Ana Cláudia Pinheiro.

Análise dos acordos de prestação de serviços de saúde em municípios de fronteira do Mercosul/ Ana Cláudia Pinheiro Torres, 2013.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

Orientação: Priscila Almeida de Andrade.

ANÁLISE DOS ACORDOS DO MERCOSUL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
SAÚDE COM O BRASIL.

ANA CLÁUDIA PINHEIRO TORRES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Profa. Priscila Almeida de Andrade

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Orientadora

---

Profa. Carla Pintas Marques

Ministério da Saúde

Universidade de Brasília

Membro Titular

---

Prof. Walter Ramalho

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Membro Titular

Brasília, 18 de dezembro de 2013.

Dedicatória,

A Deus, que me proporcionou esse momento e sempre foi meu porto seguro, refúgio a Ele toda gratidão. À meus pais que, sempre me apoiaram e lutaram minhas batalhas. Ao Tio Claudio que é como pai na ausência dos mesmos e exemplo a seguir. A minha avó Claudette (in memoriam). A minha família, e amigos pelo incentivo e companheirismo. A minha querida orientadora, pela paciência e dedicação e encorajamento.

*“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar.” Nelson Mandela*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aquele que me permitiu tudo isso, ao longo de toda a minha vida, e não somente nestes anos como universitária, guiou meus passos e guardou meus caminhos é a Ele que dirijo toda honra.

Nessa jornada descobri que somos tão somente uma colcha de retalhos. Somos a somatória de tudo que vimos, vivenciamos, das alegrias, angustias, provas, erros, acertos, amigos que passaram em nossa vida e os que permanecem, ensinamentos dos pais, familiares, professores, cada minuto em nossa vida colabora para formar que somos agora é no futuro. E o que sou é todo o meu sucesso, e a costura de tudo que vivenciei com vocês. Por isso agradeço;

Aos meus pais Luis Cláudio Torres e Virginia Pinheiro que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. Que sempre estiverem ao meu lado e se doaram por inteiros, renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, pudesse realizar aos meus. Pela longa espera e compreensão durante nossas longas viagens, não bastaria um muitíssimo obrigado.

Aos meus irmãos, Luis Cláudio, João Lucas e Maria Luisa, agradeço a Deus por te lós colocado em minha vida. Pela cumplicidade que temos, pelo companheirismo como irmãos, por momentos de alegria proporcionados, e consolo na de tristeza. Quando penso em ter amigos melhores, percebo que tenho os melhores amigos.

Aos meus familiares, meus avôs em especial minha avó Claudette (in memoriam), que é uma inspiração para estudar e ser uma melhor profissional de saúde. Ao meu avó Waldir que sempre me apoiou e incentivou a estudar, e com seu exemplo de vida me ensinou os melhores conselhos que um avó pode dar. A tios e primos, que participaram dessa jornada, cujo incentivo e torcida foram fundamentais para o meu sucesso. Reconheço e agradeço o inestimável e importante apoio, amor, compreensão, abdicção e sacrifício que me foram dedicados nesta caminhada. A vocês cabe uma parcela deste grau que ora conquistamos. Amo cada um!

E por último mais não menos importante, aos meus amigos e mestres. Nossos caminhos se cruzaram diante de um ideal comum. Partilhamos descoberta, desafio e conquista. Dividimos medo, incertezas e inseguranças, mas somamos entusiasmo, forças e alegrias. Agradeço a companhia nas intermináveis horas de estudo, as viagens a trabalhos, as festas ou os simples encontros, que me proporcionaram paz, alegrias e histórias a contar. A momentos inesquecíveis, quase perfeitos que me deram esperança e alegria, cuja presença tornou mais amena nossa jornada. Hoje, temos um pouco do outro em cada um de nós. Obrigado, por tornarem doces e fascinantes o aprendizado da vida. Mais que alguém para fazer lição junto, alguém que fez parte de um cotidiano, de cada dia de nossa caminhada que acaba aqui como alunos por força naturais, mas que não acabará como amigos por força de sentimento. Deixo um abraço imenso e um beijo especial a todos que amo. Alegrem-se, pois esse mérito é nosso

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

SUS - Sistema Único de Saúde.

TPR – Tribunal Perante de Revisão.

CMC – Comissão de Comercio do Mercosul.

CRPM - Comissão de Representantes Permanentes do Mercosul.

SGT – Subgrupos de Trabalho.

FOCEM - Fundo para Convergência estrutural do Mercosul.

CAM – Código Aduaneiro do Mercosul.

TEC - Tarifa Externa Comum.

RMS – Reunião de Ministros.

PPA - Plano Plurianual.

SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

OMC – Organização Mundial do Comercio.

PPT – Presidência Protempore.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

PSF – Programa Saúde da Família.

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

FOFA - Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças

CMCT – Convenção-quadro sobre o Controle do Tabaco.

CNS – Cartão Nacional do SUS.

## RESUMO

Por meio de estudo de casos, exploratório de caráter descritivo-analítico, da análise de acordos sobre organização de serviços de saúde em fronteiras do Mercosul, buscou-se entender o papel do setor saúde no âmbito do Mercosul. Assim como sua priorização na agenda e na construção de seus acordos. Os acordos da RMS (reunião de ministros de saúde) foram avaliados entre os anos 2008 a 2010, buscando elencar quais priorizavam o grupo vulnerável da população fronteiriça. Foram analisados 44 acordos, dentre eles discutidos 8, e analisados buscando abranger suas fortalezas e fraquezas, bem como suas vantagens e desvantagens para o Sistema Único de Saúde (SUS). As questões sociais de cada país, a diferença de prioridades dos sistemas de saúde, a dinâmica de notificação de dados epidemiológicos, bem como a influência da cultura na população de fronteira, e seus profissionais, foram ressaltadas para o melhor entendimento da real situação nessa área. A universalidade do SUS questão que atrai a imigração foi trabalhada na discussão assim como os acordos sanitários internacionais, e a criação dos órgãos responsáveis para a sua regulamentação. Esse cenário foi estudado buscando um olhar mais aprimorado da real situação dessas populações e da posição do bloco econômico Mercosul frente às necessidades de prestação de serviços de saúde na fronteira.

**Palavras-Chave:** Acordos de saúde no Mercosul; População de fronteira; Bloco Econômico; Políticas de saúde.

**SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
Objetivo Geral: .....	29
Objetivos Específicos: .....	29
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
Forças .....	43
Fraquezas.....	43
Oportunidades.....	43
Ameaças.....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>
Anexo 1 – Organograma Interpretativo da Pauta Negociadora do SGT. ....	55
Anexo 2 - Organograma do Mercosul. ....	56
Anexo 3 – Organograma da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul (RMS).....	57
Anexo 4 – Mapa dos municípios de fronteira.....	58

## INTRODUÇÃO

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) surge após assinatura do Tratado de Assunção, acordo firmado na capital do Paraguai entre os países Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, criado em 26 de março de 1991. Tinha como objetivo a melhoria de suas economias, tecnologias e uma maior autonomia no mercado mundial, através da busca da tarifa zero, acordos comerciais dentre outras propostas. Criado em 1991, o Mercosul seria efetivado em 31 de dezembro de 1994. No Mercosul foi criado um espaço de discussão para políticas e estratégias que refletem melhorias nos sistemas de saúde dos envolvidos.

Sua criação foi de extrema importância para criação de acordos, que harmonizam a organização dos sistemas de saúde nas fronteiras. Pois cada país é soberano, e possuem suas diferenças de princípios e valores dentre sua população e seus respectivos sistemas de serviço de saúde. No Brasil, o sistema é universal, o que gera a necessidade de uma maior organização interna para coordenação de toda e qualquer demanda.

Antes da criação do Mercosul os países envolvidos sofriam com a falta de direitos, desigualdade política e econômica frente a um mercado econômico e cultural restrito e elitista. Entende-se que os países envolvidos possuíam habilidade e capacidade de um crescimento e desenvolvimento mais acelerado, do que o ocorrido na realidade vivida, e compreendeu-se a necessidade de buscar igualdade e justiça nas leis que regiam o complexo do mercado econômico. Essa união beneficia os países envolvidos e gera a oportunidade de crescimento em todas as áreas, incluindo a de saúde. As tecnologias de saúde, os acordos de comércio, patentes de medicamentos, pesquisas em saúde, desenvolvimento de políticas e leis em saúde, bem como a criação de acordos específicos que beneficiem e atendam ambas as populações. (MERCOSUL, 2012).

No começo, o Mercosul era composto por quatro Estados partes, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, sendo a Bolívia e Chile, Colômbia, Equador e Peru países sócios, obtendo os mesmos direitos a tarifas preferenciais na compra e venda de produtos dos blocos da Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), a União Europeia ou Pacto Andino - Peru, Equador, Colômbia, Venezuela. No dia 22 de Junho de 2012, entra em vigor o Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso

Democrático que defende os direitos humanos e a democracia, o que possibilita uma negociação sobre a incorporação da Venezuela no bloco. Na mesma data ocorre então a “Declaração sobre a Incorporação da República Boliviana da Venezuela” que permitiu a adesão da Venezuela, se tornando então membro efetivo do MERCOSUL em 31 de julho de 2012 em Brasília, valendo-se em 12 de agosto de 2012, fazendo-se cumprir um dos princípios e objetivos do Tratado de Montevideu de 1980, do Tratado de Assunção de 1991 e do MERCOSUL. (MERCOSUL, 2012).

O propósito do bloco é fortalecer os países membros e viabilizar a competição com outros mercados econômicos. E o MERCOSUL visa a formação de mercado comum entre seus Estados membros. De acordo com o art. 1º do Tratado de Assunção em 1991, a criação de um mercado comum implica:

- I. Livre circulação de bens, serviços e fatores de produção entre os países do bloco.
- II. Estabelecimento de uma tarifa externa comum e a adoção de uma política comercial conjunta em relação a terceiros Estados ou agrupamentos de Estados e a coordenação de posições em foros econômico-comerciais regionais e internacionais.
- III. Coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados membros.
- IV. Compromisso dos Estados Parte em harmonizar a legislação nas áreas pertinentes, a fim de fortalecer o processo de integração (MERCOSUL, 2012).

Além de um desenvolvimento econômico e financeiro para os países membros, o Mercosul criou regras de funcionamento que padronizam e organizam o entendimento entre os países envolvidos. Dentre eles temos 53 Protocolos de Ouro Preto e 26 artigos do Tratado de Assunção. O protocolo de Ouro Preto antecedia o Tratado de Assunção, foi criado na cidade de Ouro Preto em Minas Gerais e continha as bases de diretrizes para a criação do tratado. O Mercosul se organiza em partes, como vemos no anexo 2, primeiro com o incentivo dos senadores dos Estados Partes do bloco, foi criada a Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul com 64 parlamentares, para auxiliar na tomada de decisão sobre a gestão

financeira, criada em 19 de setembro de 1991. Existe também o protocolo de Brasília, criado em 17 de dezembro de 1991, que objetiva o cumprimento dos acordos firmados nos tratados entre os países, buscando uma melhor relação. Este é dividido em quatro partes: I) negociação direta; II) intervenção do Grupo Mercado Comum; III) procedimento arbitral; IV) reclamação de particulares.

Outro acordo importante, criado em 19 de fevereiro de 2012, é o Protocolo de Olivos, que gerou o Tribunal Perante de Revisão (TPR), composto por cinco árbitros, um de cada país do MERCOSUL, que terão que minimizar as diferenças e solucionar as controvérsias do bloco econômico. Acima dele há o Conselho do Mercado Comum (CMC) que é o órgão máximo, o executor, o representante dos parlamentares de Estado, e responsável por tomar decisões e fazer cumprir os objetivos estabelecidos e os prazos, e se responsabiliza também pelas eleições dos presidentes da Comissão de Representantes Permanentes do Mercosul (CRPM), localizada em Montevideú.(MERCOSUL, 2012).

Entre as decisões, algumas são dos subgrupos de trabalhos, chamados SGT, o que representa a saúde se classifica como SGT nº 11 com organograma descrito no anexo 1, a SGT tem que se relacionar com os demais e está dividido em três comissões: a de vigilância em saúde; produtos para saúde; e serviços de atenção à saúde. E os outros são o SGT nº 01 de Comunicações, SGT nº 02 de Mineração, SGT nº 03 de Regulamentos Técnicos ou Estudos de Conformidades, SGT nº 04 de Assuntos Financeiros, SGT nº 05 de Transportes, SGT nº 06 de Meio Ambiente, SGT nº 07 de Indústria, SGT nº 08 de Agricultura, SGT nº 09 de Energia, SGT nº 10 de Relações Trabalhistas, SGT nº 12 de Investimentos, SGT nº 13 de Comércio Eletrônico, SGT nº 14 de Seguimento da Conjuntura Econômica e Comercial. (MERCOSUL, 2012).

E em 09 de dezembro de 2005 ocorreu a assinatura do Protocolo de Constitutivo do Parlamento do Mercosul, que visa à garantia da participação popular e a democracia sobre bens em comum. Existe também o Fundo para Convergência estrutural do Mercosul (FOCEM), criado em 17 de fevereiro de 2004, para realizar o financiamento dos projetos como incentivo ao crescimento econômico dos países, inclusive no âmbito da saúde. Em 18 de janeiro de 2007 foram aprovados os primeiros projetos. O Código Aduaneiro do Mercosul (CAM) é uma norma que regula

o mercado dos Estados Partes, foi efetivado em 02 de agosto de 2010 com a decisão do CMC nº27/10. O CMC em 16 de dezembro de 2010 adere a um projeto de Consolidação da União Aduaneira do Mercosul, que serve para consolidar o livre comércio nas regiões intra-zona e para acabar com a cobrança da Tarifa Externa Comum (TEC) duplicada (MERCOSUL, 2012).

Além dessas comissões e grupos, na área de saúde existem dois fóruns que coordenam interesses em comum no MERCOSUL, um exemplo seria a Reunião de Ministros de Saúde (RMS) como vemos no anexo 3, que também está ligada ao CMC, que se reúne uma vez por Presidência Pro tempore, e conta com a participação de seis ministros de Estados Partes e dos Estados Associados que buscam aprovar e avaliar políticas, projetos de saúde, banco de preços, contas, tudo que envolva o interesse em comum em saúde. A área que busca trabalhar em saúde é dividida em três, a primeira são de produtos para a saúde que abrange a área farmacêutica, os produtos médicos, reativos para diagnóstico de uso *in vitro*, saneante e domissanitários, cosméticos, psicotrópicos e entorpecentes, sangue e hemoderivados. Na área de vigilância epidemiológica e controle sanitário há a vigilância epidemiológica, controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira.

“Além das três Comissões atuam ainda 11 (onze) Subcomissões Intergovernamentais que desenvolvem diretrizes e ações articuladas entre as instâncias governamentais, organizações sociais e organismos internacionais nas seguintes áreas: Controle do Tabaco, Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde Ambiental e do Trabalhador, Controle do HIV-Aids, Doação e Transplantes de Órgãos, Doenças Transmissíveis (dengue, sarampo, febre amarela, cólera e chagas); Vigilância e Controle do *Aedes Egípti*, Regulamento Sanitário Internacional, Políticas de Medicamentos, Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde e Determinantes Sociais em Saúde – saúde e desenvolvimento – contas nacionais” (BRASIL, 2003).

Os dados estatísticos sobre acesso aos serviços de saúde apresentam um panorama no qual nenhum dos países envolvidos possui condições financeiras de arcar com as próprias despesas de seus sistemas de saúde, bem como se encontram na mesma situação demográfica e epidemiológica, possuindo apenas pequenas variações como vemos a seguir.

"(...) quase 60% da população total dos cinco países estão no Brasil. Com exceção do Paraguai, a composição da população por sexo mostra uma pequena variação positiva na proporção de mulheres. A população desses países é predominantemente urbana, com variações extremas no Paraguai (57,3%) e no Uruguai (92,3%). Nos cinco países crescem os índices de alfabetização, com um intervalo composto pelo menor índice no Brasil (86%) e pelo maior no Uruguai 97,9%). De acordo com os dados, a concentração de renda apresenta uma grande heterogeneidade. Na Argentina, o extrato populacional dos 20% mais ricos detêm 12,6% a mais de renda do que os 20% mais pobres; na Venezuela essa razão é de 17,9%, alcançando 31,9% no Paraguai. Isso significa que os recursos individuais da maioria da população não permitem alcançar padrões minimamente razoáveis de acesso a bens e serviços de saúde. A esperança de vida ao nascer apresenta pequenas variações entre os cinco países, com extremos nos Brasil (68,3 anos) e no Uruguai (75,0 anos), sendo maior para as mulheres. Já os dados sobre mortalidade infantil são bastante discrepantes na região e embora devam ser comparados com a estrutura da população, são índices evidentes da qualidade de vida e de assistência à saúde. O Brasil se apresenta com 31,8 óbitos de menores de um ano por mil nascidos-vivos, a Venezuela com 18,5 e o Uruguai com 14,1 óbitos por mil nascidos-vivos" (MACHADO; PAULA; AGUIAR; FILHO, 2007, p.296).

Ao analisar o Plano Plurianual (PPA) de 2004 a 2012, verifica-se que a cooperação internacional em zona de fronteira passa a ser considerada como prioridade política no PPA 2012 a 2015. Para aperfeiçoamento do SUS, o Plano inclui na programação orçamentária, o objetivo estratégico de promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira. Para alcançá-lo, apresenta as seguintes metas:

- Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, por meio da participação nos fóruns multilaterais e nos mecanismos de integração regional e de fronteira, no desenvolvimento de projetos de cooperação técnica e assistência humanitária, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

- Promover a regulamentação do acesso à saúde em área de fronteira, por meio de constituição ou reativação de comissões de saúde na fronteira, Acordos de Localidades Fronteiriças Vinculadas e promoção da celebração de contratos de prestação de serviços fronteiriços pelos Estados e Municípios (BRASIL, 2013).

“O Brasil possui 3.694,8 km de fronteira com a Argentina, Paraguai e Uruguai, e com a Venezuela, 2.199,0 km. São seis os estados – Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – e 73 os municípios fronteiriços, representando uma população de 1.707.837 habitantes. No entanto, 80% dos municípios possuem população inferior a 30.000 mil habitantes. Do total de mais de 2 milhões de empregos em saúde no Brasil, 15.388 se concentram nos municípios de fronteira” (MACHADO; PAULA; AGUIAR; FILHO, 2007, p.297).

A principal motivação para se estudar o tema dos acordos de saúde do Mercosul, na graduação em Saúde Coletiva, decorre justamente pela necessidade de compreender a organização da prestação dos serviços de saúde, a partir dos acordos internacionais, para a comunidade em zonas de fronteira, tendo em vista o grande fluxo de pessoas de um grupo vulnerável nessa área e seus reflexos no sistema de saúde brasileiro. Desse modo, definiu-se esse debate como o objeto do presente estudo. Além disso, a experiência de estagiar na área internacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS) despertou ainda mais a necessidade de conhecer aspectos da gestão no âmbito da saúde internacional.

## **JUSTIFICATIVA**

O argumento em questão perpassa no debate regulatório sobre como o estrangeiro pode ser atendido no SUS, considerando as debilidades das políticas de saúde brasileiras. Essa reflexão é fundamental para o debate e organização dos serviços de saúde do SUS em zona de fronteiras com os países do Mercosul. Em especial, no que se refere à demanda por atendimento, à racionalização de recursos, à integração e otimização de fluxos entre municípios de fronteira, em particular daqueles onde sabidamente há maior circulação de cidadãos em atendimentos interfronteiras. Essa compreensão contribuirá para aprimorar a configuração desse processo de integração regional (BRASIL, 2004).

Outro ponto importante consiste em saber que a economia de um país influencia na saúde, e que a economia em saúde oferece grandes contribuições para a gestão em saúde. Uma delas é conseguir enxergar que a saúde pode deixar de ser mais um problema de gasto para o país, e virar uma situação de investimento, por meio de mudanças nas políticas de saúde, pelo simples fato de haver promoção em saúde, que traz a economia e qualidade de vida.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil possui seis estados fronteiriços, há listado 71 municípios brasileiros que fazem fronteira com os países do Mercosul como vemos no anexo 4. Dos municípios de fronteira, na região norte no estado de Roraima fronteira com a Venezuela, encontra-se o Alto Alegre, Amajari, Iracema, Pacaraima, na fronteira com Amazonas, existe a Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro. Na fronteira do Uruguai com Rio Grande do Sul, estão Aceguá, Bagé, Chuí, Dom Pedrito, Herval, Jaguarão, Pedras Altas, Quaraí, Santa Vitória do Palmar, Santana do Livramento. Na fronteira da Argentina com Rio Grande do Sul a Alecrim, Crissimaul, Derrubadas, Doutor Mauricio Cardoso, Esperança do Sul, Garruchos, Itaqui, Novo Machado, Pirapó, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto vera Cruz, Porto Xavier, Roque Gonzales, São Borja, São Nicolau e Tiradentes do Sul. Fronteira da Argentina e Santa Catarina, são Bandeirante, Belmonte, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Itapitanga, Paraiso, Princesa, Santa Helena, São José do Cedro e Tunápolis. Fronteira da Argentina com Paraná, existe a Barracão, Bom Jesus do Sul, Capanema, Pérola d'Oeste, Planalto, Pranchita, Santo Antônio do Sudoeste, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraguai com fronteira no Mato Grosso do Sul, possui Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho e Sete Quedas. Paraguai com fronteira no Paraná, o Entre Rios do Oeste, Guaíra, Itaipulândia, Marechal Rondon, Mercedes e Santa Helena. (BRASIL, 2013).

Devido à imperfeição das informações, visto que muitos dados não são computados, porque existem pacientes que são atendidos informalmente pelo sistema, por solidariedade ou coleguismo. Entendemos que há a necessidade de criar um espaço para reuniões dos afetados com essa realidade, para discutirem um modelo ideal, e justo, que garanta a acessibilidade e ofereça um serviço de qualidade, contando com essa demanda invisível. Para criar um modelo é preciso antes estudar o consumidor, e o produto a ser oferecido, entender de onde vem essa demanda de pacientes, quem são e o que buscam, e enxergar também o outro lado, de como melhor oferecer e atender as reais necessidades para então intervir.

Ao se observar os sistemas de saúde latinos, e seus problemas, nota se que nos quatro países há uma grande repetição de situações idênticas que são

diariamente enfrentadas pelo sistema e pelos pacientes. Enxergando isso percebemos a oportunidade de se criar soluções em conjunto, políticas para a população e para a economia local, que se mostram caminhando para o mesmo desenvolvimento. Um exemplo é a União Europeia que criam políticas de qualidade de vida e investimento em medicamentos voltados para os problemas de região da população. Esse processo foi inspirado a ser feito pelo Mercosul, que voltaria as tecnologias e produção de produtos e serviços de saúde para as necessidades Sul-Americanas.

No que diz respeito aos países do Mercosul, esse movimento de afinar compromissos comuns na busca de equidade está sendo exercitado no momento atual, conforme demonstram as prioridades dos quatro países apresentadas por ocasião da XXI Reunião Ordinária do SGT nº 11 (MERCOSUL, 2012). A exemplos do que se tem verificado na área de Vigilância em Saúde, parece ser oportuno a definição de outras áreas para a pactuação e formalização de metas de curto e médio prazos (BRASIL, 2004). Ainda de acordo com esses autores, para reforçar a importância dessa ampliação de escala na produção de ações e serviços, é preciso verificar que a mesma produz impactos, no custo final e também no estímulo às economias nacionais, representados pelo crescimento do complexo produtivo da saúde. Certamente, uma proposta para a integração da saúde que inclua o fortalecimento das economias nacionais criará condições políticas para os gestores da saúde, no contexto dos seus governos, de fazer avançar mais rapidamente essa integração setorial.

Por isso a necessidade de se conhecer outros sistemas, e de conversar com outros países, e modelos de saúde, pois compreendemos que não se pode haver precariedade nas informações, quanto a dados dos sistemas, ou os sub dados, pois são eles os norteadores para a tomada de decisão no planejamento. Também é possível trabalhar com o modelo SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*), que visa os pontos fortes e fracos de um projeto. Um dos pontos fracos seria barrar a circulação das populações nas fronteiras, não seria o ideal, visto que haveria uma baixa aderência da população local, pois muitos acordos e “trocas de favores” são feitos extraoficialmente entre os estados, municípios e gestores. Sabemos também que um modelo de saúde para se adaptar a essa realidade mista teria que ser moldável e não tão abrangente quanto o universal. Além disso é

necessário ainda se atentar para as leis e normas de todos os países, entendendo suas capacidades orçamentárias e suas fontes externas de captação de recursos.

A experiência acumulada na integração entre sistemas de saúde, dada a complexidade de situações que precisam ser consideradas, mostra a necessidade do compartilhamento na tomada das decisões para orientar o processo. Mais do que isso, a formalização de acordos multilaterais parciais, no contexto de um conjunto conhecido e compartilhado de valores que norteiam o processo mais geral para a aproximação dos sistemas de saúde, mostra-se necessária e útil à progressão da integração entre eles (BRASIL, 2004).

Segundo esses autores, acordos parciais ajudam a consolidar o processo global de integração, materializando os avanços à medida da sua possibilidade política e tornando possíveis novos patamares de negociação, bem como permitem desenhar arranjos mais versáteis para a política de financiamento.

Os Estados precisam tomar a frente do mercado, e a passar a ser o regulador das ações e serviços de saúde. Criando políticas que garantam ao acesso com equidade de todas as populações, pois estudando as diferenças entre os sistemas de saúde, observou que é preciso se pensar em um sistema universal quem vise a qualidade nos serviços e no acesso. Pois a atenção básica é a porta de entrada dessa grande demanda, que busca a urgência e emergência, que se fez necessário repensar o foco dos financiamentos em saúde, para essa área.

No livro de uma das peças de Shakespeare, a comédia chamada *O Mercador de Veneza*, uma de suas obras mais polêmicas, escrita por volta de 1596 no século XVI, traz a abordagem de um tema que é presente até hoje na Inglaterra e em outros países, que é o choque cultural dentro de um país e as formas como cada um reage frente a leis e acordos.

Vale refletir que a história constantemente nos traz situações e vivências que acontecem frequentemente em diferentes épocas, e continuamos a presenciar nos dias atuais. Apesar de Shakespeare ser um ícone, uma referência de talento e perspicácia não se pode afirmar que o mesmo possuía o dom de realizar previsões sobre o futuro, incluindo sobre as políticas econômicas de um país, porém, é o que acontece quando nos deparamos atualmente com políticas ou pessoas que buscam

o interesse econômico a preservação da vida. Um dos exemplo de grande polemica hoje e a questão das patentes dos medicamentos, onde o Brasil termina se prejudicando pela falta de inovação tecnológica em âmbito nacional.

Uma das dificuldades que órgãos internacionais como o Mercosul possui frente à saúde, ao se tratar de políticas, acordos, planejamento ou qualquer tema da área. E dado pelo de que sua criação não foi voltada especificamente e exclusivamente para sanar problemas de saúde e sim de comercio. A importância de se ter profissionais de Saúde Coletiva atuando na área da saúde, no âmbito internacional, área que hoje possui a maioria de profissionais com graduação em Relações Internacionais, é dada justamente pelo fato de priorizar o assunto nas agendas e pautas de reuniões, e entendemos que cada órgão pode oferecer um serviço de saúde melhor, e de mais qualidade, onde seus métodos serão mais eficientes e eficazes economizando assim tempo e verba. Por isso a necessidade da inclusão de uma matéria especifica na graduação de Saúde Coletiva, que pense meios e acordos viáveis para ambos de forma que garanta à qualidade e a assistência à saúde do seu coletivo.

A agenda nacional do Mercosul na presidência Pro Tempore brasileira (PPTB) que ocorreu no primeiro semestre de 2012, foi marcada pela ampliação do órgão com a adesão da Venezuela. Algo que não ocorria desde sua criação em 1991, e com essa ampliação a agenda se envolveu praticamente com assuntos referentes à nova adesão. Bem como a assinatura do Protocolo de Adesão da Bolívia, que dará o direito ao país de se tornar o sexto membro do Mercosul. Houve também alguns avanços na área da tecnologia, capacitação, ciência, inovação e outros no âmbito empresarial. E atualmente a partir do segundo semestre de 2013 a Venezuela ocupará pela primeira vez a presidência Pro Tempore do Mercosul. Gerando grandes expectativas como a possível reincorporação do Paraguai, a forma de dar continuidade à presidência passada e como ela olhará para a situação da saúde desses países, que para muitos não tem sido prioridade.

“Enquanto não se firmar uma agenda mais ampla que envolva o interesses dos diferentes nacionais, a resolução desse conflito estará cada vez mais distante” (VIANA, PIERI, 2009, p.33).

Os acordos de saúde internacionais buscam garantir o direito do cidadão à qualidade de vida, à proteção, bem como, à prevenção de patologias. Essas leis fazem valer as diretrizes do SUS, que visam um atendimento gratuito e de qualidade para a população. Isso não tem acontecido devido à sobrecarga do sistema, que atende uma demanda externa dos estrangeiros que imigram pelas fronteiras buscando atendimento e causando um prejuízo ao planejamento que não conta com essa demanda, nem recebe por ela. Alguns acordos foram firmados porém, nem todos beneficiam o SUS ou a população fronteiriça, e outros não são cumpridos.

O Brasil firmou 19 acordos multilaterais relativos à saúde coletiva, conforme a classificação empreendida pelo Ministério das Relações Exteriores. O mais recente é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, cuja vigência em território brasileiro data de 2 de janeiro de 2006. De acordo com o apresentado por Costa et al (2008), não houve aceleração na assinatura destes acordos com o advento da globalização econômica, diferentemente, do ocorrido nos anos 1940, em que se concentra o elã regulatório internacional, como consequência da Segunda Guerra Mundial e, especialmente, da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). (COSTA, JUNIOR, DELDUQUE, OLIVEIRA, DALLARI, 2008).

Devido à dificuldade no acesso aos sistemas de saúde, dos países vizinhos ao Brasil, vários habitantes se submetem a situações desumanas, e de risco à vida, burlando leis brasileiras para conseguirem atendimento no sistema de saúde universal. Isso traz problemas não só ao usuário como também ao próprio sistema de saúde brasileiro. Por ser uma zona periférica, verifica-se uma menor priorização política quanto à garantia de acessibilidade à assistência em saúde nas fronteiras do Brasil. As maiorias dos imigrantes vêm em busca de consultas, medicamentos e vacinas, recursos que não são disponibilizados com facilidade em seus países de origem, ou por não terem condições financeiras de arcar com as despesas de um tratamento ou atendimento, que o governo oferece.

O artigo 196 da constituição Brasileira de 1988 é um marco institucional que cria novas perspectivas para a saúde coletiva, assegurando o acesso à como um direito de todos e dever do estado. As diretrizes do SUS, como a universalidade, garante o acesso a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil,

o que atrai significativamente a imigração da população fronteiriça, como Uruguaios, Paraguaio e Argentinos, para usufruir dos serviços de saúde, oferecida pelo sistema” Como notamos no quadro a seguir. (NOGUEIRA; PRÁ; FERMIANO, 2007).

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

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

Fonte: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Saúde na Fronteira.

O Mercosul tem acordos que tratam desse problema, e um dos pontos favoráveis para essa realidade é que há uma facilidade de imigração entre as fronteiras, como a disponibilização de transportes públicos entre os países, a possibilidade de travessias a barco ou a pé, e dentre outras estratégias que são usadas para esse objetivo. Um dos grandes problemas como dito anteriormente, e que dentre essas tentativas, muitas vezes humilhantes, os prejudicados nesse processo, não são somente os usuários que se expõem a situações desnecessárias, mas também o sistema que fica defasado com dificuldade no planejamento para atender a demanda instável, que muda conforme a necessidade da população que não está registrada, como cidadão no Brasil, gerando um viés.

Dentre as estratégias, há a de esperar o agravo da doença para assim recorrer aos centros de saúde e com facilidade conseguir o atendimento com continuidade de um tratamento, o que gera despesa desnecessária para o Estado, que poderia ser evitadas com promoção ou prevenção da saúde, e também interfere no planejamento dos municípios. Afetando assim a economia, e não só os

estrangeiros mais os brasileiros que sofrem esse reflexo e um sistema que oferece um serviço cuja oferta de bens e serviços não consegue corresponder à demanda programada e espontânea. Outra forma é a de adquirir os direitos brasileiros através do filho ou do chamado *jussanguinis* onde as mães buscam realizar o parto na fronteira como Brasil, com ajuda das parteiras, o que desprepara o sistema frente a um atendimento a um usuário que não passou pelo pré-natal, nem contribuiu com informações suficientes para se preparar quanto à demanda de vacinas, dados, políticas, e material de consumo para um atendimento eficaz. E assim consegue o direito à cidadania brasileira. Isso reflete drasticamente na alocação de recursos, e financiamento de um país (NOGUEIRA, DAL PRÁ, FERMIANO et al, 2007).

Com essa realidade os gestores desses municípios de fronteira tentam, de forma informal, arranjar acordos de divisão de responsabilidades, e recursos financeiros e outras estratégias, que buscam amenizar os impactos sofridos por um só país. Com isso muitos órgãos reguladores como a OMS, os governos, e prefeitos, se omitem frente a essa realidade e esta demanda acaba ficando em segundo plano nas agendas para se discutir a responsabilidade de uma atitude eficaz.

“Mesmo assim, os gestores municipais podem ter dificuldade em estabelecer acordos efetivos para a resolução dos problemas de saúde sem que os acordos sejam discutidas interministerialmente, pois estão envolvidos recursos humanos e financeiros além dos disponíveis. Ou seja, os municípios fronteiriços não podem firmar convênios ou protocolos de atendimento com cidades estrangeiras prevendo repasses financeiros e circulação de profissionais de saúde” (PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007, p.167).

Os temas que geram os acordos do Mercosul são discutidos em foros, reuniões, comitês, comissões, grupos, que possuem a participação de cada representante legal dos países envolvidos. Onde são levados assuntos de interesse dos participantes, e logo a saúde na agenda nacional do Mercosul não tem sido uma prioridade visto que seu interesse é comercial. Porém existem outros lugares que o tema saúde é discutido como foco principal, como as Reuniões de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS), com a função de tratar o marco político e a SGT n°11 que trata do marco regulatório. O desafio dos acordos de saúde na fronteira se e dado visto que os sistemas de saúde são assimétricos, assim como a população.

A diversidade cultural também influencia nesse choque de entendimento, os fatores culturais e geográficos nos mostram uma diferente linguagem entre as populações sobre território, cidadania, saúde, crenças, olhares diferentes para situações adversas. O que reflete diretamente no tratamento do paciente e sua adesão, levando em conta também que os profissionais de saúde precisam se adaptar as diferentes realidades de cada paciente, buscando ao máximo um maior entendimento de ambas as partes. O que também reflete na realização ou não do atendimento desses estrangeiros.

“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, 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 estrangeiros não residentes” (NOGUEIRA; PRÁ; FERMIANO, 2007, p.177).

Com isso os profissionais de saúde, os gestores, e os programas de saúde criam estratégias para barrar essas formas de conseguir um atendimento pelo sistema de saúde do Brasil. Um exemplo é o PSF (programa saúde da família) que busca ir de casa em casa nos municípios cadastrando todos os usuários residentes nas fronteiras, passando a trabalhar com um das estratégias oferecidas que seria o cartão do SUS. Pois a estratégia de pedir documentação na hora da consulta como acontece por parte das equipes que participam da Estratégia de Saúde da Família (ESF) muitas vezes é falha, visto que muitos se sentem ridicularizados ao exigirem um comprovante de residência, frente a situações delicadas que envolvem o risco a vida ou momentos de sofrimento.

Não há por tanto no Estatuto do Estrangeiro uma lei específica que aborde o acesso ao sistema de saúde. Segundo o *Estatuto do Estrangeiro na lei 6.815, de agosto de 1980, no título X Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro, Art. 95. “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis”. (Renumerado pela Lei nº 6.964, de 09/12/81).*

Ou os deveres dos países do origem quanto ao estrangeiro no sistema de saúde, o que deixa os profissionais com o poder de decisão quanto ao tipo de atendimento a ser dado. Pois existem algumas leis brasileiras que dificulta esse atendimento, e a organização do sistema, e a sua demanda, como o Cartão Nacional de saúde (CNS), onde os estrangeiros não possuem cadastro, nem prontuário, ou histórico que oriente a tomada de decisão do profissional, dificultando o atendimento de qualidade. Refletindo essa lei nas populações de fronteira.

Outra dificuldade no momento do cadastramento é a falsificação de documentos na tentativa de comprovação residencial no Brasil, e quando o paciente já está em tratamento, as regras são para que ocorra o encerramento imediato do tratamento. O que geralmente não acontece, devido à relação entre usuário e profissional já está estabelecido, e a preocupação de alguns e do sistema com as consequências futuras, pois, caso esse usuário consiga de alguma forma ingressar no sistema de novamente, poderá de maneira direta prejudicar outros usuários. Por isso a grande importância dos Agentes Comunitário de saúde (ACS) para ajudar na implementação de mais estratégias que amenizem essas dificuldades, e para ter o contado direto, trazendo de forma eficaz a verdadeira realidade quanto ao que se passa nas fronteiras.

“Convém lembrar que estratégias são recursos usados, como seu próprio nome indica, em situações especiais, que implicam um jogo de forças não condizentes com a desejada política pública de garantia de direito. Porém, se os profissionais não avançam, em termos discursivos, além de uma cidadania nacional, um forte compromisso ético com a vida é verificado em grande parte dos respondentes, traduzindo subjetivamente uma concepção de cidadania que ultrapassa os limites territoriais brasileiros. Pode-se afirmar que esse é um relevante ponto de partida para a discussão da universalização do direito à saúde” (NOGUEIRA; PRÁ; FERMIANO, 2007, p.183).

As leis de saúde, bem como a contaminação ou imunização foram regidas historicamente, pelos comerciantes, que ditavam as regras principalmente frente à população estrangeira, pois seu envolvimento com outros povos, devido a necessidades de negociar mercadorias e manufaturas, era maior do que a do resto da população. Logo a contaminação de uma população ou a prevenção dela dependia dos mesmos. Isso nos leva a perceber que preocupação e acordos de

saúde em fronteira entre estrangeiros, existem desde o século XIV e são necessários e mais complexos a cada século

“Em sua acepção tradicional, o direito internacional sanitário é o conjunto de normas relativas à saúde pública, oriundas de fonte internacional, vigentes nos diferentes Estados. Ditos tratados são negociados bilateralmente ou nos foros de negociação multilaterais. Consoante o vetusto conceito, o estudo da disciplina no Brasil poderia, então, limitar-se à análise reflexiva dos acordos internacionais devidamente incorporados ou em vias de incorporação à ordem jurídica brasileira. Para vigorar no Brasil, um tratado internacional deve: 1) ser negociado e assinado pelo Poder Executivo (art. 84, VIII, CF); 2) ser aprovado pelo Congresso Nacional (art. 49, I, CF); 3) e retornar ao Poder Executivo, para que o ratifique junto ao Estado depositário, indicado no próprio tratado, o promulgue por meio de Decreto e o publique” (COSTA, JUNIOR, DELDUQUE, OLIVEIRA, DALLARI, 2008, p.80).

A Tarifa Externa Comum (TEC) foi aprovada em 05 de agosto de 1994, ela deu o direito a tarifas iguais entre os países, sobre os produtos externos gerando assim uma maior competitividade o que proporciona a busca pelo crescimento econômico. Há também um órgão regulador que auxilia o GMC que é a Comissão de Comercio do Mercosul (CCM), que busca fazer com que os Estados Partes exerçam as políticas comerciais comum, acordada entre eles, e foi criado em 01 de dezembro de 1994. Ligados ao CMC há também as reuniões entre todos os Ministros de diversas áreas, incluído a de saúde, bem como outra reunião entre os ministros de saúde em menor frequência. Com representante presidente *Pro tempore*, originado do latim significando temporariamente ou por enquanto, pois seu período de validade são seis meses, o cargo e de presidência do Conselho do Mercado Comum, que no órgão e o cargo decisório do bloco. Segundo o artigo 5 do Protocolo de Ouro Preto e o artigo 12 do Tratado de Assunção o cargo será ocupado de acordo com a rotação em ordem alfabética dos Estados Partes participantes e de forma periodicamente, e democrática. Sendo que o país que ocupa o cargo fica responsável junto às outras coordenações de organizar a agenda de reuniões do MERCOSUL bem ser porta-voz de assuntos internacionais relacionado ao mesmo.

“Quando os antigos estabeleceram as primeiras rotas comerciais, seus périplos inadvertidamente deflagraram o intercâmbio mundial de micróbios. Somente no século XIV, mais por intuição que por ciência, a cidade de

Veneza instituiu a primeira e retumbante intersecção normativa entre saúde e comércio internacional: a quarentena. Os evidentes embaraços que o isolamento prolongado das embarcações causava aos negócios permitem entender por que as primeiras autoridades sanitárias foram, em sua maioria, os comerciantes, e não os médicos. A seguir, no Renascimento, emergiram amontoados, a noção de saúde pública, o Estado moderno e a ficção jurídica da soberania” (COSTA, JUNIOR, DELDUQUE, OLIVEIRA, DALLARI, 2008, p.79).

Historicamente o Mercosul foi criado visando o mercado de bens, mas percebe-se que a saúde já era preocupação do comércio desde sua criação. As leis, acordos e políticas de saúde, estão diretamente ligados a interesses econômicos, pessoais e políticos, assim como os municípios de fronteira com a grande circulação de pessoas, além de possuir o desafio de lidar com diferenças culturais, econômicas e patológicas que cada população carrega. O sistema de saúde brasileiro surgiu com o princípio de atender a todos, porém essa demanda trazida pelos imigrantes fere a sua integralidade. Logo os acordos são firmados buscando a ajuda mútua que cada país pode oferecer, e assim conseguir atender a todos de maneira justa e qualificada.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Analisar as prioridades dos acordos do MERCOSUL que regulam a cooperação para a assistência à saúde dos usuários dos países membros nos municípios de fronteira com o Brasil, no período de 2008 a 2010.

### **Objetivos Específicos:**

- Mapear os acordos do MERCOSUL.
- Analisar o conteúdo dos acordos, identificando fortalezas e fragilidades para o Sistema Único de Saúde e a população fronteiriça.
- Identificar as fortalezas e fraquezas através do método SWOT, abordados nos países, dos acordos.
- Conhecer os assuntos prioritários que os acordos abordam.



## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, exploratório de caráter descritivo-analítico. A unidade de análise são os acordos sobre organização de serviços de saúde em fronteiras do Mercosul.

A pesquisa se baseia em análise de artigos científicos, que abordam o tema de acordos do Mercosul na Saúde, tratando se de uma pesquisa qualitativa, exploratória. A coleta de dados se baseia em fontes secundárias.

Os métodos utilizados são a análise de conteúdo, por meio da qual são identificadas as recomendações dos acordos relacionadas direta ou indiretamente com a assistência à saúde em zona de fronteiras. O outro método consiste na análise SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*), por meio da qual são identificadas as forças e fragilidades do SUS frente às oportunidades e ameaças dos acordos firmados no âmbito do Mercosul.

As informações foram coletadas através de artigos pesquisados pela BVS (biblioteca virtual de saúde), sites do Mercosul, Ministério da saúde, reportagem de jornais, livros sobre os sistemas de saúde, e sobre o Mercosul, teses e dissertações referente ao tema de acordo, manuais e documentos oficiais do Mercosul. Desse modo, não há necessidade de submissão dessa pesquisa para avaliação dos aspectos éticos na Plataforma Brasil.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do estudo exploratório de casos foram coletados 44 acordos de saúde da RMS (reunião de ministros de saúde), presentes nas tabelas 1 a 6, e referentes no período de 2008 a 2010, e analisados 9 acordos (com as respectivas presidências se dividindo em 2008 no primeiro semestre com a presidência pro tempore da Argentina (PPTA) e no segundo semestre o Brasil (PPTB)). No primeiro semestre de 2009, a presidência pro tempore do Paraguai (PPTP) no segundo semestre a presidência pro tempore do Uruguai (PPTU). O primeiro semestre de 2010 foi redigido pela presidência pro tempore da Argentina (PPTA), no segundo semestre a presidência pro tempore do Brasil (PPTB).

A RMS (Reunião de Ministros de Saúde) realiza projetos de acordos de saúde, que não necessita de aprovação da CMC (Conselho do Mercado Comum) os temas desses acordos são levados e discutidos em reuniões, que depois que acordados são cumpridos ou não pelos países envolvidos. Já a SGT n°11 de saúde é mais técnica, elenca resoluções que não são acordos, são normativos, e que precisam de aprovação do Conselho CMC, tornado se assim uma norma do Mercosul obrigatória a ser cumprida pelos países que as elegeram e sendo ordenamento a outros países, e descumprimento dessas normas está sobre de sanção como a exclusão, temporária.

Não foram identificados muitos acordos específicos para organização de serviços e da demanda em zona de fronteiras para atenção primária, média e alta complexidade, mas sim acordos voltados ao mercado, bens de produtos e matérias de insumo. Assim como um acordo de prestação de serviço nessa zona, o que nos demonstra a deficiência do sistema e das políticas, visto que esse é um tema que necessita de maior atenção e deveria ser um das prioridades da agenda do Mercosul, devido aos grandes problemas gerados e a economia que uma prevenção de qualidade acarretaria.

**Tabela 1: Acordos de saúde firmados na RMS - N° 01/2008 PPTA.**

<b>Acordos da RMS</b>	<b>Títulos</b>
Acordo RMS n° 01/2008	Acordo para o fortalecimento da redução da mortalidade materna E Infantil No Marco Dos Objetivos De Desenvolvimento Do Milênio
Acordo RMS n° 02/2008	Abordagens Intersetoriais.
Acordo RMS n° 03/2008	30 Anos de Alma Ata.
Acordo RMS n° 04/2008	Acordo dos Estados Partes E Associados Do Mercosul Em Relação À Saúde Pública, Inovação E Propriedade Intelectual.
Acordo RMS n° 05/2008	Acordo Sobre Intensificação Das Ações De Prevenção E Controle Da Febre Amarela.
Acordo RMS n° 06/2008	Acordo Sobre Promoção Da Doação Voluntária De Sangue Nos Estados Partes E Associados Do Mercosul.

**Tabela 2: Acordos de saúde firmados na RMS - N° 02/2008 PPTB.**

<b>Acordos da RMS</b>	<b>Títulos</b>
Acordo RMS n° 08/2008	Estratégia relativa à vigilância e combate à falsificação e adulteração de medicamentos e produtos médicos.
Acordo RMS n° 09/2008	Estratégias conjuntas para a promoção do uso racional de medicamentos no Mercosul.
Acordo RMS n° 10/2008	Acesso a medicamentos de alto custo.
Acordo RMS n° 11/2008	Plano de trabalho das prioridades definidas para a política de medicamentos do Mercosul, Bolívia e Chile.
Acordo RMS n° 12/2008	Reorientação das atividades da comissão intergovernamental sistema de informação e comunicação em saúde.
Acordo RMS n° 13/2008	Fortalecimento das ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação do paciente com câncer do colo de útero no Mercosul.
Acordo RMS n° 14/2008	Acordo Mercosul para redução da mortalidade materna e neonatal.
Acordo RMS n° 15/2008	Plano integrado de preparação para pandemia de influenza no Mercosul.
Acordo RMS n° 16/2008	Estratégias para intensificar as intervenções de acesso universal em HIV; AIDS em populações em condições de maior vulnerabilidade no Mercosul.

**Tabela 3: Acordos de saúde firmados na RMS - N° 01/09 PPTP.**

<b>Acordos da RMS</b>	<b>Títulos</b>
Acordo RMS n° 01/2009	Publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco.
Acordo RMS n° 02/2009	Promover a equidade em saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde.
Acordo RMS n° 03/2009	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos estados partes e associados do Mercosul Egi-Dengue-Mercosul-EAA.
Acordo RMS n° 04/2009	Regulamentação do funcionamento dos bancos de células progenitoras hematopoiéticas e outras nos estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 05/2009	Combate ao tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de transplantes nos estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 06/2009	Criação da comissão intergovernamental de determinantes sociais da saúde e sistemas de saúde.

**Tabela 4: Acordos de saúde firmados na RMS - ATA XXVII N° 02/09 PPTU.**

<b>Acordos da RMS</b>	<b>Títulos</b>
Acordo RMS n° 07/2009	Política para o controle do tabaco no Mercosul e estados associados.
Acordo RMS n° 08/2009	Estratégia Mercosul de nutrição para a saúde segurança alimentar e nutricional.
Acordo RMS n° 09/2009	Critérios de patentibilidade, acesso a medicamentos e saúde pública.
Acordo RMS n° 10/2009	Regulação da inscrição de pacientes estrangeiros nas listas de espera para transplantes de órgãos e tecidos cadavéricos nos estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 11/2009	Recomendações dos estados partes e associados do Mercosul para fortalecer a gestão e o acesso a medicamentos.
Acordo RMS n° 12/2009	Mudança climática e saúde
Acordo RMS n° 13/2009	Processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005).
Acordo RMS n° 14/2009	Acordo para implementação de ações na redução da mortalidade materna e neonatal no Mercosul.

**Tabela 5: Acordos de saúde firmados na RMS - N° 01/10 PPTA.**

<b>Acordos da RMS</b>	<b>Títulos</b>
Acordo RMS n° 01/2010	Promoção de políticas de controle de câncer nos estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 02/2010	Promoção de políticas de fortalecimento para a disponibilidade, segurança e qualidade de sangue e hemoderivados nos estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 03/2010	Aprovação do glossário de saúde do trabalhador para os estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 04/2010	Prêmio mérito em saúde pública  Dos estados partes e associados do Mercosul.
Acordo RMS n° 05/2010	Combate à falsificação de medicamentos.
Acordo RMS n° 06/2010	Banco de advertências sanitárias dos estados partes e associados do Mercosul
Acordo RMS n° 07/2010	Ratificação do convenio quadro da organização mundial da saúde para o controle do tabaco (CMCT) pelos estados partes e associados do Mercosul e declaração de interesse da conferência das partes do CMCT

**Tabela 6: Acordos de saúde firmados na RMS –N° 02/10 PPTB.**

<b>Acordos da RMS</b>	<b>Títulos</b>
Acordo RMS n° 08/2010	Implementação da convenção-quadro para o controle do tabaco.
Acordo RMS n° 09/2010	Participação dos estados partes do Mercosul e estados associados no processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005).
Acordo RMS n° 10/2010	10 declaração de interesses do 11º congresso da sociedade internacional de doação e procura de órgãos.
Acordo RMS n° 11/2010	Registro Mercosul de doação e transplantes.
Acordo RMS n° 12/2010	Estratégia conjunta de uso racional de medicamentos no Mercosul.

Em vários acordos é abordado a assistência de saúde, a necessidade de atenção, porem deveriam enfatizar a prioridade as populações vulneráveis, como as das fronteiras. São abordados temas como intersectorialidade entre os setores do Mercosul mas é necessário ressaltar a necessidade de comunicação dos países do Mercosul, e seus municípios de fronteira, visto que o objetivo do mesmo não é somente crescer como bloco, mais se envolver e crescer junto. Dos acordos analisados, os que ressaltam a assistência à saúde na zona de fronteira são 8.

Acordo N° 05/08, sobre intensificação das ações de prevenção e controle da febre amarela, que tem o objetivo de promover ações sustentáveis que garantam a vigilância e controle da referida doença, incluindo a produção de vacinas para essa doença, bem como o controle em zonas de fronteira de forma a maximizar o uso das capacidades existentes e propiciar um permanente intercâmbio de informação entre as autoridades envolvidas e Estados Partes, para que a comunicação garanta a

vigilância para essa e outras doenças transmissíveis. Sabendo que a febre amarela possuem uma área endêmica nos municípios de fronteira, e que é sua existência possibilita o acontecimento de malária, dengue e outras doenças. O acordo proporciona pontos fortes para o fortalecimento do SUS e do sistema de informação de saúde do Brasil, pois a notificação de casos alimenta o banco de dados proporcionando maiores informações frente a tomada de decisão das verbas ou na realização do planejamento, como focar na área da vacina e outras doenças de saneamento básico. A fraqueza seria a falha nessas ações de prevenção, pois a não informação de casos devido à falta de registros dos pacientes da população de fronteira, ou a dificuldade do acesso, gera uma agravamento da doença que proporciona uma alta mortalidade, e o uso excessivo de recursos da saúde para uma doença tratável.

Acordo nº 16/08 que trata das estratégias para intensificar as intervenções de acesso universal em DST/Aids em populações em condições de maior vulnerabilidade no Mercosul. Dentre as responsabilidades do acordo como considerar a situação da saúde das populações em condições de vulnerabilidade, visando as características de epidemias concentradas em nossa região. Reforçar as estratégias conjuntas no âmbito do Mercosul, para desenvolver e/ou fortalecer ações de promoção do diagnóstico para redução de danos, ou prevenção como o incentivo do uso a preservativos. Bem como promover a confidencialidade de toda informação, o respeito dos direitos humanos a diversidade sexual entre outros.

Existe a busca por facilitar o acesso das populações em condições de maior vulnerabilidade considerando os contextos geográficos como é o caso das populações em zonas fronteiriças. O acordo tem sua fortaleza quando trata a redução de danos com a promoção de saúde, visando garantir o acesso de todos os cidadãos a um serviço que precisa ser prestado com qualidade, e ressaltando o fato de enfatizar os grupos de vulnerabilidade, como as zonas de fronteiras. Porém precisa ser acordado também, a articulação intersetoriais desse acordo, visto que a epidemia da DST/Aids tem incidência na fronteira, e outros fatores que não são de responsabilidade do sistema de saúde, e sim de outros setores, como da segurança, comércio e demais. Assim como a melhora na organização dos sistemas de notificação desses casos, nessa região, que devido as subnotificações dificulta o

entendimento da real situação e assim um planejamento focado nas deficiências do acordo.

Acordo nº 01/09, que visa a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco nos estados partes do Mercosul. E o acordo nº 07/10, que trata da ratificação do convênio quadro da Organização Mundial da Saúde para a Convenção-Quadro sobre Controle de tabaco (CMCT) pelos estados partes e associados do Mercosul e declaração de interesse da conferência das partes do CMCT. O primeiro requer à cooperação entre as partes para a eliminação toda forma de publicidade, promoção e patrocínio transfronteiriça, de produtos de tabaco, visto que estudos afirmam o aumento de consumo entre adolescentes por causa da publicidade. O acordo teve grande avanço no comércio de tabaco conseguindo acordar entre os países a eliminação de publicidade para o consumo de tabaco, o que é devidamente comprovado o aumento de consumo por causa do mesmo. E um ponto que poderia ser melhorado é a articulação com outros setores como a segurança, para intensificar a repressão do contrabando de tabaco nas fronteiras. Pois desqualifica a política quando há facilidade do acesso ao produto.

Acordo nº 05/09, combate ao tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de transplantes nos estados partes e associados do Mercosul. O Acordo trata sobre o transporte, transferência, encobrimento ou recepção de pessoas vivas ou falecidas ou seus órgãos, e ressalta que os Estados Partes e Associados devem procurar a autossuficiência na doação de órgãos e tecidos para implante e, nesse sentido, a colaboração entre países não é incompatível com esse objetivo, desde que a demanda de órgãos para implante a pacientes estrangeiros não atue em detrimento da capacidade de um país de oferecer serviços de transplantes a sua própria população. Acordam em também promover o acesso ao transplante a todos cidadãos que necessitem, equitativos e solidários entre os Estados Partes e Associados. Assim como promover a elaboração de normas nacionais para proibir, controlar e sancionar a promoção, publicidade e o transplante a pessoas que entram em território estrangeiro com a única finalidade de implante de órgãos, provenientes de doadores locais ou estrangeiros, já que esta prática promove a iniquidade, a exclusão, a injustiça social e torna vulnerável os direitos humanos dos receptores nacionais. A potencialidade do acordo é que o mesmo ressalta a prioridade desse serviço oferecido, aos habitantes do país, daqueles que supostamente tem direito e

contribuem financeiramente através de impostos para eles. Porém não excluiu a possibilidade de atendimento a estrangeiros visto que o Brasil é referência em transplante de órgãos, e que há notificações de pessoas que migram buscando exclusivamente esse atendimento. Também não garante o atendimento do brasileiro em outros países. A grande questão não é a prestação desse serviço, mas a desigualdade que ele gera entre os países, tanto financeiramente quanto de estoque de órgãos, pois não no acordo uma proposta de fornecimento de órgão entre países, para sanar a possível desigualdade causada, bem como repasse de verba para esse serviço.

Acordo nº 10/09, que trata da regulação da inscrição de pacientes estrangeiros nas listas de espera para transplantes de órgãos e tecidos cadavéricos nos estados partes e associados do Mercosul. Facilitando o acesso ao transplante dos cidadãos que o necessitem, com transparência, eficácia, que igualmente, favorece o ditado de normas nacionais tendentes a proibir, controlar e punir a promoção, publicidade e o transplante a pessoas, e corresponde aos Estados Partes e Associados tender a satisfazer a demanda de órgãos dos habitantes de um país que os necessitem, com doadores cadavéricos oriundos do mesmo, salientando, ainda, que o tratamento de pacientes que não pertençam ao país pode ser aceito exclusivamente caso não prejudique a capacidade de oferecer serviços de transplante a sua própria população. E o serviço deveria limitar-se àqueles que residam em forma permanente num país.

Os ministros de saúde, acordaram que iriam propiciar o ditado de normas que regulem a participação nas listas de espera para a concessão de órgãos e/ou tecidos cadavéricos aos estrangeiros que residam em forma permanente em um país, ou àqueles com cujo país de origem exista convênio subscrito sobre a matéria. O acordo possui fortalezas que é a de estabelecer que os serviços serão prestados ao associados desde de que não prejudique a própria população, também se organizam criando uma lista de espera para mas controle, bem como paramentos para que os estrangeiros entrem na mesma. Porém as normas, como residir no país, não garante a validade dos dados entregues pelos pacientes e proporciona a falsificação de documentos para tentativa de obter o benefício. Gerando um sistema não confiável de informações falsas.

Acordo nº 13/09, trata do processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005). E acordo nº 09/10, que é participação dos estados partes do Mercosul e estados associados no processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005). O acordo trata da contenção na origem dos riscos para a saúde pública antes de propagar para além das fronteiras, seja via terrestre ou aérea, através da ação conjunta dos Estados Partes. Os Estados Partes e Associados devem ter a capacidade de detectar e responder aos eventos ou responder os riscos e emergências de saúde pública, com boa infraestrutura nacional e internacional de vigilância e resposta, devendo os mesmos trabalhar em conjunto para mobilizar recursos para facilitar o cumprimento de suas obrigações e evitar a propagação internacional de doenças.

Esse acordo também prevê que os países desenvolvam, fortaleçam e mantenham as capacidades básicas para detectar, avaliar e intervir no controle de eventos de saúde pública. O acordo responsabiliza cada país a informar e tratar sua emergência e epidemias de forma que evitem o contágio de outros países, cobrando uma resposta rápida a seus vizinhos. Isso beneficia os sistemas de saúde que podem se preparar melhor para qualquer eventualidade. Porém o acordo não ressalta uma sanção caso seja descumprido, gerando assim um certo descaso entre os associados na notificação, visto que o ato é de extrema importância porém passível de punição.

Acordo nº 11/10, registro Mercosul de doação e transplantes. O acordo trata do estabelecimento de mecanismos de cooperação para a obtenção e transplante de órgãos e tecidos que permitam acordos para o intercâmbio dos mesmos, respeitando as normas jurídicas e regulatórias de cada país. E com isso instruir a Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes por meio do Comitê Coordenador a elaborar instrumento de registro harmonizado da atividade, acompanhamento e rastreabilidade em matéria de doação e transplantes de órgãos, tecidos e células nos Estados Partes e Associados do Mercosul. E impulsionar o trabalho conjunto através da Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes tendente a gerar instrumentos que permitam resolver em nível regional as emergências em matéria de transplantes que são realizados em cada país. Esse acordo traz a solução para o antigo acordo onde o transplante no Brasil poderia ser feito porém não havia um intercâmbio de verba ou de órgão. Sanando assim uma

possível deficiência do sistema, com a falta de órgãos, e podendo oferecer o serviço de qualidade para os usuários. Um ameaça a esse acordo poderia ser o não cumprimento do mesmo e não informação da disponibilidade de órgãos e outros países, pois não há um sistema que garanta o acesso aos dados verídicos quanto ao banco de órgãos de cada país.

Através da utilização da análise SWOT dos Acordos de Saúde do Mercosul nesses anos e o impacto gerado no SUS, elencou se algumas fortalezas e fraqueza, bem como oportunidades e ameaças.

### Quadro SWOT

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economia de recursos ao adquirir produtos;</li> <li>• Aumento da interação entre os sistemas de saúde dos países membros; facilitando ações de saúde;</li> <li>• Fortalecimento do planejamento interno</li> <li>• Diversidade cultural;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa priorização do grupo vulnerável da população fronteiriça;</li> <li>• Princípio da universalidade;</li> <li>• Ausência de obrigatoriedade do cumprimento dos acordos;</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troca de saberes</li> <li>• Possibilidade de aquisição de novos recursos e insumos.</li> <li>• Formação de parcerias políticas.</li> <li>• Fortalecimento político e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demasiada demanda de serviço de saúde gerada pela imigração da população fronteiriça;</li> <li>• Ausência de consenso entre os países que participam dos Mercosul;</li> <li>• Diversidade cultural entre os países;</li> </ul>

diplomáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflito de ideologias socioculturais.</li> </ul>
--------------	--

Como discutido anteriormente nos acordos, cada um proporciona uma vantagem e desvantagem para o sistema, bem como os fatores externos e internos, como diversidade cultural, que hora favorece ou desfavorece a situação. A economia de recursos ao adquirir produtos, vem como força visto que isso não era possível antes da criação do bloco e dos acordos, a ajuda mutua proporciona o crescimento em conjuntos dos países. O aumento da interação entre os sistemas de saúde dos países membros, o que facilitando ações de saúde, fortalece a facilidade na criação de acordos que possuem o mesmo objetivo final, que é o serviço de saúde com qualidade. O fortalecimento do planejamento interno, beneficia o SUS, gerando uma melhor organização dos profissionais e ajudando o foco do sistema quando ao direcionamento de investimentos. A diversidade cultural, agrega valor tanto para o sistema, quanto para o profissional e na formação de uma população. Pois olhares diferentes sobre um mesmo ponto proporciona a criação de soluções criativas e viáveis para problemas conjuntos. (BRASIL, 2004; 2005).

A baixa priorização do grupo vulnerável da população fronteiriça, tem sido uma fraqueza, para o sistema pois fere o princípio de equidade do SUS. E esse descaso em sua maioria acarreta no agravamento de problemas, para casos que demandam maior investimento, bem como o período de tratamento e a atenção do profissional de saúde. O princípio da universalidade, entra como fraqueza pois sabemos que essa proposta atrai a imigração e dentre os outros sistemas de saúde o nosso é o único que tem como lei, essa filosofia. A ausência de obrigatoriedade do cumprimento dos acordos, enfraquece a sua força de validade, pois por não serem normas e não são passíveis de sanção.(BRASIL, 2004; 2005).

Existem muitas oportunidades nos acordos, a troca de saberes, é uma delas. Pois o crescimento proporcionado pela interação dos países, criação de políticas e acordos baseados na experiência de cada cidadão, nos dá a chance de criar um modelo de saúde que atenda ao máximo e com eficácia as especificidades de cada um. A possibilidade de aquisição de novos recursos e insumos, ajuda a economizar na compra e venda de produtos necessários para o progresso de maneira justa de todos. A formação de parcerias políticas, proporciona aos envolvidos uma maior autonomia como país, frente a outros blocos econômicos. Assim como o

fortalecimento político e diplomáticos, concede aos países a força de voz, de opinião na criação de produtos comprados, bem como produzidos por outros blocos. (DAL PRÁ, 2006)

A demasiada demanda de serviço de saúde gerada pela imigração da população fronteiriça, vem sendo uma ameaça na consolidação dos acordos, pois o oferecimento de serviços de qualidade se torna inviável. Devido ao não planejamento do serviço de saúde, por não possuir contabilizado nas verbas e nas ações essa demanda extra. A ausência de consenso entre os países que participam dos Mercosul, dificulta a criação de acordos, pois cada país constantemente busca seus interesses próprios, sempre prioriza o que é de deficiência no seu país. A diversidade cultural entre os países, muitas vezes entra como ameaça, devido à falta de padronização que ela traz, e a dificuldade de se criar um padrão que atenda a todos. Assim como o conflito de ideologias socioculturais, que são produzidos, visto que cada cultura possui um entendimento diferente frente ao um mesmo assunto, assim como valores diferentes. Priorizando questões adversas, e vulnerabilizando o acordo visto que o entendimento do mesmos podem ser diferente para cada assunto.

A Matriz Mínima, aprovada por meio da Resolução GMC nº. 27/04, implica a obrigatoriedade de incorporação aos ordenamentos jurídicos nacionais dos Estados Partes. É preciso fazer uma harmonização dos métodos de educação para que seja feita uma resolução de prestação de serviço entre os países, resolvendo também a falta de profissionais na saúde nas regiões recárias, como a fronteira. Atualmente para o exercício dos profissionais de saúde nos países do Mercosul é preciso que seja realizado preenchimento da matriz mínima. (MERCOSUL, 2012).

Os dados constantes da Matriz Mínima dizem respeito à formação dos profissionais, tais como: graduação, pós-graduação – *lato e strictu senso*, conduta ética e disciplinar.” Também apresenta dados sobre a revalidação de títulos, diplomas e certificados, destacando a instituição responsável pelo ato, além do registro de título, diploma e/ou certificado em outro país do Mercosul. (MERCOSUL, 2012).

Com o advento de um Mercado Comum (MERCOSUL) foi imprescindível a criação de uma Matriz Mínima para definir parâmetros de Registro de Profissionais

de Saúde em cada um dos Estados participantes, tendo em vista que o Tratado de Assunção prevê a livre circulação de profissionais.

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Mercosul é quem trata das relações coletivas e individuais de trabalho, do “livre trânsito” de trabalhadores, formação profissional, compatibilização dos currículos de formação, reconhecimento da habilitação profissional (títulos e diplomas), registro profissional, regulação do trabalho e requisitos para o exercício profissional nos Estados Partes.

Dentre as principais tarefas desta Subcomissão estão: formular políticas de gestão e educação na saúde; padronizar a legislação do exercício profissional; implementar a Matriz Mínima com vistas ao registro profissional único para o exercício profissional; promover programas conjuntos de treinamento em serviço e fortalecimento das entidades de saúde formadoras de recursos humanos; constituir uma base comum de dados.

Os organismos responsáveis pela operacionalização e controle da base de dados, além do fornecimento e troca de informações com órgãos correspondentes dos demais Estados Partes são:

- Argentina: Ministério de Saúde;
- Brasil: Ministério da Saúde;
- Paraguai: Ministério de Saúde Pública e Bem estar Social;
- Uruguai: Ministério de Saúde Pública. (MERCOSUL, 2012).

Com a harmonização das prestações de serviços, das normas e métodos de educação não será preciso uma burocratização no momento de atingir objetivos em comum. Apenas o consenso entre as partes envolvidas, e a produção de políticas, acordos e sistemas que atendem de maneira eficaz não somente os grupos vulneráveis mas a todos, com qualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O princípio da universalidade beneficia os brasileiros, porém, enfraquece o sistema nos acordos internacionais. E preciso que haja uma harmonização para que se faça valer o princípios da equidade do SUS. Existem muitas oportunidades geradas na diversidade cultural que essas fronteiras proporcionam, a chance de troca de saberes, a possibilidade de se trabalhar com os diferentes olhares, ideias e valores. Proporciona o crescimento cultural de uma população bem como a criação de políticas e de um sistema literalmente universal e que gera a maior probabilidade de possuir a equidade. Esses grupos ao invés de excluídos deveria ser aproveitados, instigados e investidos.

No Mercosul já existe uma discussão no âmbito da educação com a intenção de harmonização de ensino das profissões, na área de saúde, para que haja um ensinamento “padrão” entre os países do Mercosul, e que tenha um reconhecimento de diplomas. Essa padronização cria uma harmonização das prestações dos serviços de saúde, das políticas, normas, da compra e venda de insumos, das criações de acordos, dos dados epidemiológicos, da vigilância da sanitária e de qualquer estratégia necessária para o crescimento sanitário de todos. Isso fortalece os laços entre os Estados Partes, facilitando a maior autonomia de cada um, e mesmo que ocorra perdas internas, é um sacrifício necessário, frente ao ganho que do trabalhando em conjunto possibilita.

A inclusão do tema saúde na agenda nacional é tardia, a acessibilidade ao sistema de saúde, bem como a qualidade do mesmo. A exclusão social sofrida por esses grupos, é relevante e reflete em todos os setores, visto que o usuário também é um trabalhador e um contribuinte para a economia local. O artigo 5º da *Constituição Federal* garante que “*Todos somos 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, a liberdade a igualdade...*”.

A saúde no âmbito de Mercosul não difere da ideia central do bloco, que foi criada para o mercado, visto que o mercado influencia na saúde, e em suas políticas, assim como a saúde no mercado. Entretanto a atenção em saúde não é prioridade, como os produtos de saúde para o Mercosul, porem o Brasil é o país

mais rico do bloco e possui o maior sistema universalizado de saúde do mundo e é localizado na América Latina. Por isso a necessidade de se impor com políticas e leis que beneficiem a saúde e não o comércio, dado ao reflexo que cada um causa no outro, pois diariamente enxergamos a promiscuidade das relações políticas que prejudicam os usuários, e privilegiando a economia.

As ações políticas de saúde precisam ser construídas com base nos indicadores de saúde e de doença dos latinos e nas necessidades dos grupos que carecem dessa atenção. Precisamos nos conscientizar como população e profissional, e lutar para que as políticas públicas de saúde bem como os direitos, sejam respeitados e cumpridos, e que haja realmente a equidade favorecendo os grupos vulneráveis, assim como o povo latino americano. Uma das ações que melhoraria essa desigualdade e trabalharia a prevenção, seria o maior investimento de profissionais e materiais na atenção primária, das cidades que possuem uma população considerada vulnerável. Pois seria viável ao governo porém trabalhoso, organizar os centros de saúde e investir em criar políticas e projetos que foquem nos problemas de saneamento básico, doenças incidentes e mais prevenções.

Assim como René Lericq dizia "A saúde é a vida no silêncio dos órgãos". E assim como o povo vive, trabalha e contribui dignamente com seu país, o seu país precisa trabalhar, construir e retribuir dignamente ao seu povo, principalmente em momentos e situação onde o ser humano se encontra em maior vulnerabilidades e fraqueza.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUSTINI, J.; NOGUEIRA, V.M.R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serv. Soc.** São Paulo. N102, p.222-243, abr/jun. 2010.

ASTORGA, I.; PINTO, A.M.C.; FIGUEROA, M. **Estudo da rede de serviços de saúde na região de fronteira Argentina-Brasil-Paraguai, 2001-2002.** Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2004.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

BRASIL. Mapa. Disponível em <[http://www.geomapas.com.br/site/lista.php?id\\_categoria=293&grupo=442](http://www.geomapas.com.br/site/lista.php?id_categoria=293&grupo=442)>. Acesso em: 13 dez. 2013.

BRASIL. MINISTERIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da faixa de fronteira.** Grupo Retis UFRJ. Rio de Janeiro, 2005. 418 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano Mais Brasil PPA 2012-2015: **Relatório de Comunicação à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional (CMO)** / Alterações do PPA 2012-2015 / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/SPI. - Brasília: MP/SPI, 2013b.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. GALLO, C.; COSTA, L. **SIS-Mercosul uma agenda para a reintegração.** OPAS/MS. Brasília, 2004. 190 p.

BRASIL a. MINISTERIO DA SAUDE. LAFOZ, S.E. **O Mercosul com Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, 2003. 25p.

BRASIL b. MINISTERIO DA SAUDE. **Mercosul: A saúde no Mercosul.** 2 ed. Brasília: Editora MS, 2003. 25p.

BUSS, P.; FERREIRA, J. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **CienSaude Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2699-711, 2011.

CAZOLA, L.H.O. et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 3, p. 185, 2011.

CHAVES, C.L et al. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 20, n. 2, p. 411-434, 2013.

COSTA, A. B.; JUNIOR, J. G. S.; DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M, S, C.; DALLARI, S. G et al. **O direito acha na rua introdução crítica ao direito a saúde**, v. 4, n. 4, p 77-86, 2008.

DAL PRÁ, K.R. **Transpondo fronteiras: os desafios do assistente social na garantia do acesso saúde no Mercosul**. 2006. 198 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DAL PRÁ, K.R.; MENDES, J.M.R.; MIOTO, R.C.T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. Sup 2, p. S164-S173, 2007.

DRAIBE, S.M. Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S174-S183, 2007.

GADELHA, C.A.G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GAMA, L.F.N. **A cooperação Sul-Sul em Saúde – Análise comparativa entre a atuação da CPLP e da UNASUL**. 60 p. Brasília, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. 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**, v. 23, n. Supl 2, p. S251-S266, 2007.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22.

JIMÉNEZ, R.P; NOGUEIRA, V.M.R. La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: Los desafíos de las fronteras. **Revista Katálisis**, v. 12, n. 1, p. 50-58, 2009.

LEUSIN JR, S.; DE AZEVEDO, A.F.Z. O Efeito Fronteira Das Regiões Brasileiras: Uma Aplicação Do Modelo Gravitacional. In: **Anais do XXXVI Encontro Nacional de Economia [Proceedings of the 36th Brazilian Economics Meeting]**. ANPEC- Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics], 2008.

LEVINO, A.; CARVALHO, E.F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev. panam. salud pública**, v. 30, n. 5, p. 490-500, 2011.

LIMA, J. F. et al. A percepção do desenvolvimento regional na fronteira do Mercosul. **Revistas de Estudos CEPE**, Santa Cruz do Sul, n.35, p.133-150, jan/jun, 2012.

MACHADO, M.H.; DE PAULA, A.E.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. Sup 2, p. S292-S301, 2007.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S.; ALMEIDA, V.V. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **Revista Brasileira de Economia**, v. 66, n. 1, p. 3-19, 2012.

MELLO, G.A.; VIANA, A.L. A. A history of public health concepts: integrity, coordination, decentralization, regionalization, and universality. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219-1240, 2012.

MERCOSUL a. O Mercosul hoje. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/principais-tema-da-agenda-do-mercossul>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MERCOSUL b. Fundo de convergência Estrutural do Mercosul (FOCEM). Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/principais-tema-da-agenda-do-mercossul>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MERCOSUL c. Tribunal Permanente de Revisão do Mercosul (TPR). Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/tribunal-permanente-de-revisao-do-mercossul>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MERCOSUL d. Quem somos? Disponível em: <[http://www.mercosur.int/t\\_generic.jsp?contentid=4002&site=1&channel=secretaria&seccion=3](http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=4002&site=1&channel=secretaria&seccion=3)> Acesso em: 26 mar. 2012.

MERCOSUL e. Organograma. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/organograma>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

MERCOSUL f. Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul – manual de orientação elaborado pelo Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. Disponível em: <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/03/Manual-Matriz-M%C3%ADnima.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A geografia da Aids na fronteira do Brasil. Disponível em: <<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm#1>>. INTRODUÇÃO>. Acesso em: 13 jul. 2013.

NOGUEIRA, V.M.R.; DAL PRÁ, K.R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. Supl 2, p. S227-S236, 2007.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C.H.A.; DE SANTANA, J.P. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 6, p. 445, 2012.

QUEIROZ, L.G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 183, 2011.

RIBEIRO, M.F a. Considerações sobre a prevalência dos tratados internacionais sobre a legislação tributária brasileira: o caso do Mercosul. **Scientia Iuris**, v.1, p. 99-116, 2012.

RIBEIRO, M.F b. Os preços de transferência nos tratados internacionais: análise da legislação brasileira e dos países integrantes do Mercosul. **Scientia Iuris**, v. 4, p. 183-210, 2012.

SACARDO, D.P. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional**. 2009. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANTANA, J.P. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2993-3002, 2011.

SECOM. Secretaria de Comunicação da Presidência da República. Informações à Imprensa. Brasília, 2012.

SOARES, A. Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil: soluções ou problemas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl. 2, p. 72-78, 2009.

SODRÉ, F. **Políticas globais de saúde: a constituição de novas lutas sociais no campo da Saúde Coletiva**. 2007. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

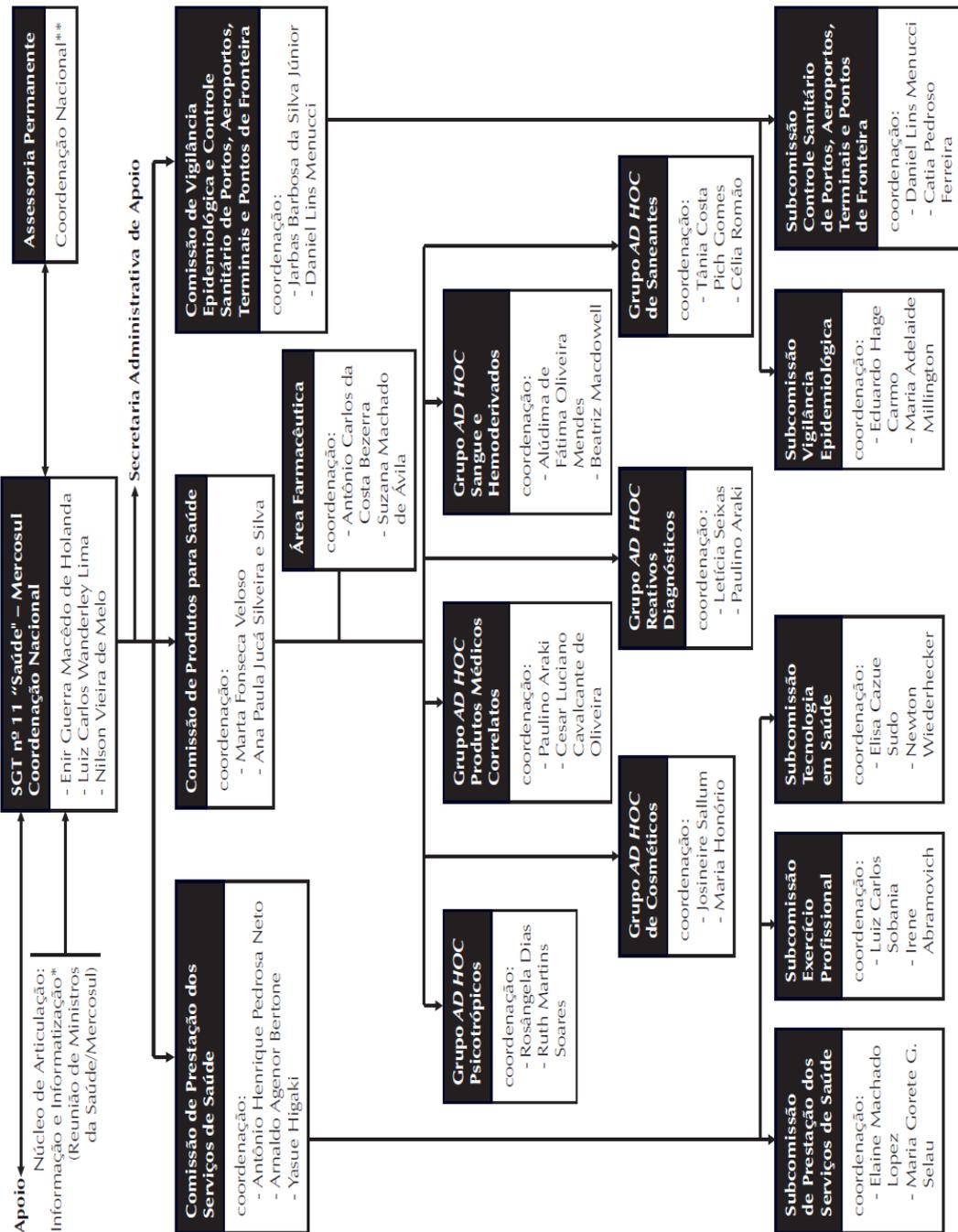
VARGA, I.V, D. Fronteiras da urbanidade sanitária: sobre o controle da malária. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 28-44, 2007.

VIANA, S.M.K.; DE PIERI, V.S.G. Os acordos migratórios no Mercosul e os brasiguaios: solução para o problema? **Boletim Meridiano 47**, v. 10, n. 109, p. 33-36, 2009.

WELZ, L. **A saúde no processo de integração no âmbito do Mercosul: um estudo de suas resoluções e acordos.** 2009. 187 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, 2009.

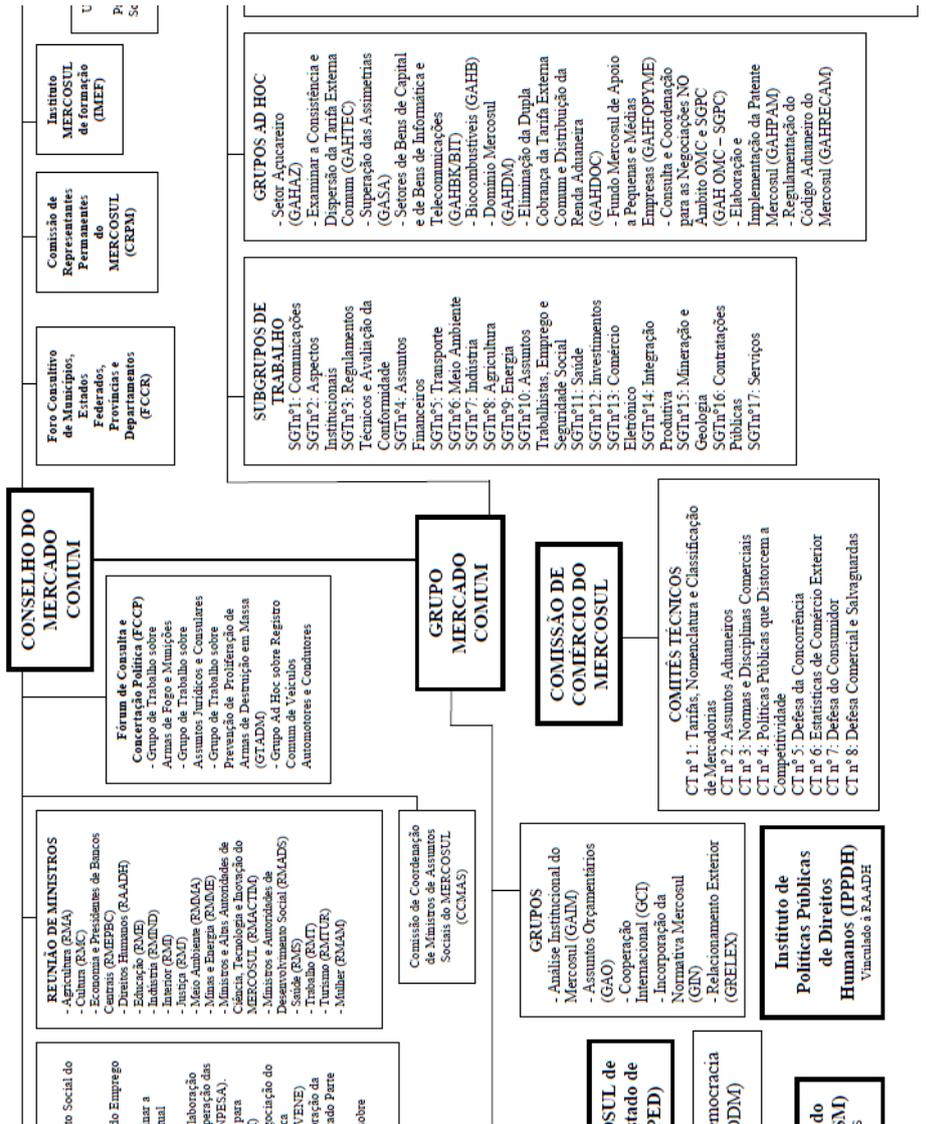
## ANEXOS

## Anexo 1 –Organograma Interpretativo da Pauta Negociadora do SGT.



Fonte: BRASIL b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mercosul**: A saúde no Mercosul. 2 ed. Brasília: Editora MS, 2003. P14.

Anexo 2 - Organograma do Mercosul.



Fonte: Mercosul (2013). Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/organograma>>.

Tribunal Administr  
Laboral (TAL)

Tribunal Permanente de  
Revisão (TPR)

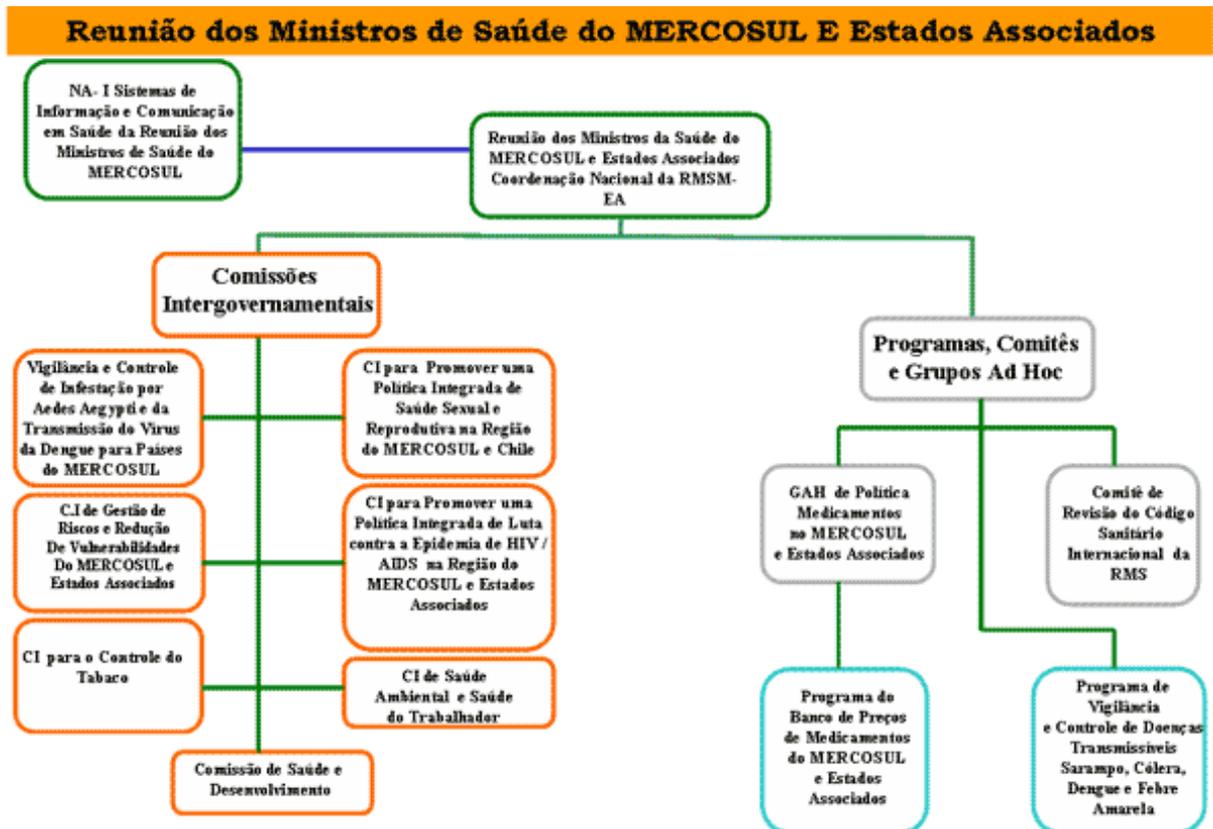
Foro Consultivo  
Econômico-Social

Parlamento do  
MERCOSUL

do  
M  
5

do  
M  
5

### Anexo 3 – Organograma da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul (RMS).



Fonte: Sistemas de Informação de Saúde do Mercosul (2013). Disponível em: <[http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/plan\\_comuns/Index.html](http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/plan_comuns/Index.html)>.

