



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**Monografia**

**Imigração e Serviços de Saúde no MERCOSUL: Um  
estudo exploratório**

**Pedro Loiola Nobre De Souza Júnior**

Salvador (Bahia)

Janeiro, 2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Loiola Nobre De Souza Júnior, Pedro  
Imigração e Serviços de Saúde no MERCOSUL: Um estudo  
exploratório / Pedro Loiola Nobre De Souza Júnior. --  
Salvador, 2017.  
45 f.

Orientadora: Ana Angélica Martins da Trindade.  
TCC (Graduação - Medicina) -- Universidade Federal da  
Bahia, Faculdade de Medicina, 2017.

1. Imigração. 2. Saúde do Imigrante. 3. Mercosul. I.  
Martins da Trindade, Ana Angélica. II. Título.

CDU: L834



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Imigração e Serviços de Saúde no MERCOSUL: Um estudo exploratório**

**Pedro Loiola Nobre De Souza Júnior**

Professora Orientadora: **Dr<sup>a</sup> Ana Angélica Martins da Trindade.**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)

Janeiro, 2017

**Monografia:** Imigração e Serviços de Saúde no MERCOSUL: Um estudo exploratório de *Pedro Loiola Nobre de Souza Júnior*.

Professora Orientadora: **Ana Angélica Martins da Trindade**.

**COMISSÃO REVISORA:**

- **Ana Angélica Martins da Trindade** (Presidente, orientadora), Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Eduardo José Farias B. dos Reis**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria de Fátima Diz Fernandez**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia III). Salvador (Bahia), em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.2.

Aos meus Pais, **Pedro Nobre de Souza**  
e **Rosane Loiola Nobre de Souza;**  
á minha Namorada, **Naianne Celeste Nunes Saraiva**

## **EQUIPE**

- Pedro Loiola Nobre de Souza Júnior, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.  
Correio-e: [pedrojr\\_2010@hotmail.com](mailto:pedrojr_2010@hotmail.com);
- Ana Angélica Martins da Trindade, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.  
Correio-e: [angelica.ana@gmail.com](mailto:angelica.ana@gmail.com);

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

1. Recursos próprios.
-----------------------

## AGRADECIMENTOS

- À minha Professora Orientadora, **Ana Angélica Martins da Trindade**, pelo apoio, confiança e pelas inúmeras orientações no caminhar da realização desse trabalho.
- Aos Professores da banca revisora, **Maria de Fátima Diz Fernandez e Eduardo José Farias B. dos Reis** por aceitar meu convite, pelas sugestões e disponibilidade.

## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b> -----	9
<b>I. RESUMO</b> -----	10
<b>II. INTRODUÇÃO</b> -----	11
<b>III. CONCEITUANDO O FENÔMENO DA MIGRAÇÃO ALIADO AO DIREITO À SAÚDE</b> -----	16
III1. A Globalização e a Imigração para o Brasil -----	16
III2. O conceito de Cidadania e o direito a Saúde -----	18
<b>IV. OS BLOCOS ECONÔMICOS E OS ACORDOS EM RELAÇÃO À SAÚDE</b> -----	20
IV1. Arquitetura dos Blocos Econômicos Mundiais -----	20
IV2. O MERCOSUL e os fóruns de integração em “Saúde” -----	22
<b>V. A ESTRUTURA DO SUS, A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O ATENDIMENTO AOS IMIGRANTES</b> -----	28
V1. A História da criação do SUS -----	28
V2. O atendimento pelo SUS aos imigrantes -----	31
V3. A Equipe Multiprofissional atuante no SUS -----	34
<b>VI. CONCLUSÕES</b> -----	36
<b>VII. ABSTRACT</b> -----	37
<b>VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	38



## ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CDHIC – Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante
- CI - Comissões Intergovernamentais
- COSERATS – Comissão de Serviços de Atenção à Saúde
- COPROSAL – Comissão de Produtos para a Saúde
- COVIGSAL – Comissão de Vigilância em Saúde
- CSEBF-AV – Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac
- ESF – Articulação Sul Americana Espaço Sem Fronteiras
- EUA – Estados Unidos da América
- GMC – Grupo do Mercado Comum
- IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
- NAFTA – Tratado Norte-Americano de Livre Comércio
- OIM – Organizações Internacionais para as Migrações
- ONGs – Organizações Não Governamentais
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- RMS – Reunião dos Ministros da Saúde
- RMPS – Região Metropolitana de São Paulo
- SGT 11 SAÚDE – Subgrupo de Trabalho 11 “Saúde”
- SIMPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
- SIS-FRONTEIRA – Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
- TEC – Tarifa Externa Comum
- UE – União Européia
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## I. RESUMO

**Introdução:** Os movimentos de migração são antigos entre os povos, na busca por alimentos e por melhores locais para abrigo. Ao longo da história, com a globalização, esse fenômeno se intensificou, populações deslocam-se entre países em busca de melhores condições de vida, seja por fatores econômicos ou sociais e/ou por fuga de situações de guerras, perseguições e mudanças climáticas. Com o aumento crescente de imigração, especialmente entre países que fazem parte de Blocos Econômicos, como o MERCOSUL, os governantes e sociedade se vêem diante de novas e antigas questões sobre intervenções e desafios em torno do referido fenômeno, principalmente no que diz respeito a condições básicas de vida, como o acesso aos serviços de saúde. **Objetivos:** Identificar e discutir na literatura da área da saúde, estudos voltados ao tema da imigração a partir da atenção primária brasileira, destacando os avanços alcançados e os desafios a serem superados, em relação aos imigrantes dos países do MERCOSUL. **Materiais e Métodos:** Revisão de literatura em periódicos eletrônicos, por meio do método hipotético-dedutivo, que busca a construção de hipóteses baseadas nas leituras específicas sobre o tema, através de artigos, documentos oficiais, atas e livros, submetidos a testes. **Resultados:** Foram encontrados 34 trabalhos de pesquisa realizados no período entre 1996 a 2016. As publicações sinalizam medidas como a criação de fóruns de integração específicos para tratar do tema saúde no Mercosul, a exemplo do SGT 11 Saúde, e da Reunião de Ministros e o SIS-Fronteira, bem como apontam uma atuação ativa do Brasil na resolução de problemáticas que envolvem o deslocamento de pessoas na região. Porém, os dados encontrados demonstram que muitos são os desafios a serem considerados ainda, principalmente em relação a formação da equipe multiprofissional para atuar com os imigrantes, documentados ou não. **Conclusões:** Aceita-se como válida a hipótese avaliada nesse trabalho, diante dos evidentes avanços e das possibilidades de melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde para os imigrantes, provenientes de países do MERCOSUL.

**PALAVRAS-CHAVE:** 1. Imigração, 2. Saúde do imigrante, 3. MERCOSUL.

## II. INTRODUÇÃO

A necessidade de migração pelos povos é antiga e remonta as primeiras sociedades nômades, que migravam sempre em busca de melhores abrigos (para proteção climática e ambiental e para fugir dos animais e predadores) e por alimentos. Atualmente, depois dos processos de globalização, as migrações se intensificaram e possuem conotações econômicas, sociais, culturais, religiosas, ambientais, principalmente, por serem motivadas pela busca de melhores condições de vida e/ou fuga de situações de guerra ou conflitos político-religiosos.

O Perfil dos migrantes, que chegam a países como o Brasil, é heterogêneo, sendo oriundos: da América Latina, da Europa e da Ásia (com destaque para o Japão e para a Coreia). A cidade de São Paulo é a mais procurada, possui o maior número de estrangeiros entre seus habitantes, com destaque para o contingente de bolivianos.<sup>1,2</sup>

As questões que preocupam o país em relação aos imigrantes, legais ou não, são as ofertas e a qualidade dos serviços básicos oferecidos, especialmente no que diz respeito à saúde, fundamental em termos de qualidade de vida. Devido ao Sistema Único de Saúde (SUS), e das leis que o regulamentam, a Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (lei 8080), no Brasil a saúde é considerada um dos direitos humanos mais importantes de serem garantidos aos cidadãos, trata-se, portanto de um direito de cidadania. Fato que se torna mais um fator motivacional aos imigrantes, principalmente da população fronteiriça, dos países vizinhos, que compõe o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), visto que esses muitas vezes se deslocam em movimentos pendulares na busca por acesso a determinados serviços públicos.<sup>3</sup>

As políticas públicas brasileiras garantem, ainda, a saúde como parte da seguridade social com possibilidades de enfretamentos de desequilíbrios econômicos e sociais, que uma vez não resolvidos, tornam as pessoas mais suscetíveis às eventualidades como doenças, acidentes, desemprego, insegurança e mal estar sociais, entre outros aspectos<sup>4</sup>. Saúde e seguridade consolidam-se assim, na atualidade, como questões de interesse internacionais, sendo cada vez mais frequente o estabelecimento de acordos multilaterais entre governos e movimentos sociais de diferentes lugares do mundo, nessas áreas. Negociações e cooperação entre os países visam tornar tais questões como transnacionais.<sup>5</sup>

Assim, com o objetivo de criar uma união comercial, econômica, política e social entre os países fronteiriços, foi criado em 1991, a partir do Tratado de Assunção, assinado em 26 de março do mesmo ano, pelos governos do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, o MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), um bloco econômico sul-americano. Formado oficialmente pelo Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela, os quais são considerados como Estados Partes e pelo Chile, Peru, Colômbia, Equador, Guiana, Suriname, identificados como Estados Associados. A Bolívia atualmente está em fase de negociações para ser membro como um Estado Parte.<sup>6</sup>

O Mercosul tem como principal objetivo a construção de uma consolidação econômica, política e social entre os países membros, colaborando com o aumento da qualidade de vida dos cidadãos que habitam os Estados que constituem o bloco. Além de: garantir livre circulação de bens, serviços e produtos entre os membros; garantia da TEC (Tarifa Externa Comum) em negociações comerciais; políticas macroeconômicas e setoriais nos Estados Partes; e, compromisso em fortalecer a integração entre todos os membros da organização.<sup>6</sup>

A partir dos anos 2000, o bloco se reorganizou em função das necessidades sociais da região. Na área da saúde, destaca-se o fortalecimento de grupos de trabalho específicos sobre o tema, como o SGT11 Saúde (Subgrupo de Trabalho 11 Saúde), criado em 1996 pela Resolução GMC (Grupo do Mercado Comum) nº 151/96, com o objetivo de harmonizar legislações vigentes nos Estados Partes, no que se referem aos bens, serviços, materiais e produtos da área de saúde, critérios para a vigilância sanitária e epidemiológica.<sup>7</sup>

Desse modo, o objetivo da presente pesquisa é identificar e analisar como são abordadas regionalmente as condições de acesso e as demandas por serviços de saúde trazidas pelos imigrantes sul americanos que atravessam e/ou convivem nos municípios brasileiros, com destaque para aquelas relacionadas à promoção da saúde. Destarte, esse trabalho busca respostas para a seguinte pergunta central de investigação: Os serviços de saúde localizados nas fronteiras do Brasil com seus vizinhos do MERCOSUL têm reorganizado a atenção primária à saúde (APS) para contemplar as demandas dos imigrantes? Por conseguinte, este questionamento teve como pressuposto (hipótese) a concepção de que a integração entre os países fronteiriços vem auxiliando na tentativa de trazer melhorias nas mais diversas áreas, como a da saúde. Assim, o objetivo geral da pesquisa é, justamente, identificar nos estudos já realizados, na área da saúde, voltada a

atenção primária, os mecanismos utilizados pelo SUS para avançar na assistência aos estrangeiros e os desafios que ainda encontra, em relação aos imigrantes provenientes dos países do MERCOSUL, visto que é preciso subsidiar a formulação de políticas para a melhoria no atendimento e promoção da saúde da população fronteiriça.

E, como objetivos secundários buscou-se: Catalogar os trabalhos científicos (artigos, monografias, dissertações e teses) que abordam a temática em relação aos serviços de saúde da APS oferecidos aos imigrantes provenientes de países vizinhos e/ou que compõe o Bloco Econômico MERCOSUL. Foram considerados apenas os trabalhos publicados após cinco anos do Tratado de Assunção, proposto no ano de 1991, ou seja, foram selecionados os trabalhos realizados no período entre 1996 a 2016; Identificar possíveis melhorias citadas em termos de promoção da saúde, levando-se em consideração os desafios e limitações destacadas pelas equipes multiprofissionais atuante nos municípios fronteiriços com maior número de imigrantes. Analisar como a questão do acesso dos imigrantes aos serviços da APS é discutida no MERCOSUL.

A escolha por estes objetivos, e o tema de pesquisa para se desenvolver o presente Trabalho de Conclusão de Curso, surgiu por meio da minha participação nos grupos de pesquisa “Atenção Integral á Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade” e no “Cooperasul”, os quais buscam “investigar a cooperação internacional e sua relevância para políticas regionais de desenvolvimento e integração, abordando temas de interesse social como saúde, trabalho e seguridade social”<sup>a</sup>, onde eu, como aluno de Medicina, identifiquei-me com as propostas e os assuntos abordados nos grupos, bem como com as pesquisas que eram desenvolvidas pelos integrantes, das diversas áreas. No momento do curso em que foi necessário desenvolver um projeto de pesquisa para o TCC, dentre muitos temas, emergiu essa curiosidade em pesquisar e me apropriar mais sobre um tema atual e pouco abordado ao longo da formação médica, visto que além de ser tratar da realidade nacional, estuda-se a questão no âmbito regional e global, sendo poucas as linhas de pesquisas dedicadas a tais abordagens.

O estudo é de natureza qualitativa e corresponde a uma revisão da literatura em trabalhos acadêmicos publicados em meio eletrônico, sendo escolhido o método hipotético-dedutivo como central. Segundo Bunge<sup>b</sup>, os passos para construção do método hipotético-dedutivo são: colocação do problema, que envolve a apuração dos

<sup>a</sup> Trecho presente no site do grupo de pesquisa “Cooperasul: Saúde do Trabalhador e Seguridade Social”. Disponível em: <https://cooperasul.wordpress.com/>

<sup>b</sup> BUNGE, Mário. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: SigloVeinte, 1974 apud<sup>52</sup>.

fatos e a descoberta e elaboração do problema; construção de um modelo teórico, que exige a formulação de hipóteses e de suposições; dedução de consequências particulares; teste das hipóteses; complementação ou introdução das conclusões na teoria.

Durante o processo de revisão da literatura, metodologia base desse estudo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica que, de acordo com Severino <sup>10</sup>, “*é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc.*”. A análise dos dados encontrados levou em consideração as hipóteses que foram construídas a partir das leituras específicas sobre o tema, de maneira qualitativa, que segundo MINAYO<sup>8</sup> integra a organização e a análise crítica dos dados da pesquisa. Destarte, esta abordagem foi escolhida por entendermos a necessidade da complementaridade entre os dados.

Definida a abordagem da pesquisa, foi estabelecido o processo de análise documental/revisão, procedimento que consistiu em: a) definição do objeto; b) identificação, localização, compilação e fichamento do material; c) categorização do estudo; d) análise e interpretação do material para construção da redação final. <sup>9</sup>

Utilizando-se os descritores Mercosul, imigrantes, saúde nas fronteiras e saúde no Mercosul, foram rastreados artigos que tivessem as palavras-chave pesquisadas no título ou resumo publicados até 2016 nas bases de dados eletrônicas LILACS, PUBMED, SciELO e CAPES.

No desenvolvimento do trabalho, foi relevante realizar buscas complementares em outros sítios institucionais importantes para o objeto da pesquisa. Assim, foram realizadas buscas sistemáticas complementares de normas e páginas institucionais, nas seguintes fontes: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), Âmbito Jurídico, MERCOSUR, Portal das Ciências Sociais Brasileiras (ANPOCS), etc.

A partir dos dados obtidos, os artigos foram selecionados com base nos seguintes aspectos: ano da publicação; titulação profissional dos autores; o cenário da pesquisa e a unidade da federação a qual pertencem os autores em que a pesquisa foi realizada; a metodologia empregada e quais foram os sujeitos da pesquisa.

Foram selecionados trabalhos publicados entre 1996 e 2016, nos idiomas português e espanhol verificando a pertinência temática ao estudo e a ausência de duplicações. Os estudos realizados fora do tempo especificado, fora dos objetivos previstos e estudos com disponibilidade incompleta, foram excluídos.

Com base nos resultados obtidos, selecionados pelos critérios de inclusão, os artigos foram escolhidos pelos títulos e resumos. Após a seleção, os artigos foram lidos para uma avaliação completa e análise de relevância para o estudo.

De acordo com os critérios de exclusão, foram encontrados 342 artigos, sendo 141 excluídos pela leitura do título, 99 após a leitura do resumo e 68 após a leitura completa do texto. Portanto, foram selecionados para o estudo 25 artigos, 7 dissertações, 2 teses; além de decretos, leis e publicações ministeriais.

Este estudo foi organizado em três capítulos: O primeiro capítulo busca apresentar a migração associado ao direito à saúde, no qual discorre sobre a globalização e os impactos da imigração nas demandas dos serviços públicos, principalmente para o Brasil e ainda aborda sobre a cidadania e o direito dos cidadãos ao acesso a saúde nos países vizinhos. O segundo capítulo refere-se aos blocos econômicos e os acordos relacionados à saúde, identificando os principais blocos econômicos mundiais, com destaque para o Mercosul, discutindo as demandas e obstáculos encontradas pelos países membros. O terceiro capítulo explana sobre o Sistema Único de Saúde, apontando as diversas barreiras encontradas pelos imigrantes, limitando os direitos de utilização do SUS e retratando a formação e o exercício profissional da equipe de saúde intrabloco.

### **III. CONCEITUANDO O FENÔMENO DA MIGRAÇÃO ALIADO AO DIREITO À SAÚDE**

#### **III.1. A Globalização e a Imigração para o Brasil:**

De acordo com as Organizações Internacionais para as Migrações (OIM), por Migração entende-se a movimentação de pessoas de um lugar para outro, que pode se dá no sentido internacional (entre diferentes países) e/ou interno (entre regiões de um mesmo país). O fenômeno da migração, após a globalização, se tornou um processo contemporâneo e que têm provocado importantes impactos, econômicos, sociais, culturais, principalmente nas demandas por serviços públicos, nos países receptores desse contingente populacional tão heterogêneo, que são provenientes de diversas partes do globo terrestre.<sup>1</sup>

O tema Imigração é interdisciplinar e possui diversas conotações sociais, as áreas que estudam este fenômeno aliado a globalização, são: a geografia, a história, a política e a sociologia; sendo investigados aspectos relacionados a: impactos das flutuações do mercado de trabalho, as taxas de crescimento demográfico, criação de redes sociais, dentre outros.

Na América Latina, o Brasil exerce forte influência nos países vizinhos, devido às melhores condições de vida das grandes cidades, como São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Corumbá (MS), Campo Grande (MS), Manaus (AM), Boa Vista (RO) e Guajará-Mirim (RO), sendo em cada uma dessas cidades, são os bolivianos os estrangeiros em maior quantidade<sup>1</sup>. A escolha pelo Brasil se dá pelas redes de relacionamentos e profissionais, facilidade da língua e proximidade geográfica. Na sua grande maioria, trata-se de jovens de baixa renda, com pouca qualificação e em situações econômicas desfavoráveis que vêm atraídos por melhorias na qualidade de vida e se deparam com “oficinas de costuras” e com uma rotina semanal de 60 horas, em espaços insalubres e que servem de moradia para os mesmos.<sup>1, 11, 12</sup> O que pode ser evidenciado nas palavras de Ruffino e Amorim,<sup>12</sup>

A RMSP (Região Metropolitana de São Paulo) é a maior região receptora de migrantes internacionais no Brasil, região na qual vivem muitos latino-americanos, sendo as nacionalidades mais populosas: bolivianos, peruanos, paraguaios, chilenos, argentinos e minorias de todos os países sul-americanos.



A nacionalidade mais expressiva na RMSP é a boliviana. Em algumas regiões do município de São Paulo, como o Brás e Bom Retiro, observa-se uma grande concentração destes imigrantes que trabalham nas oficinas de costura.

As condições de vida e de trabalho dos imigrantes em geral são degradantes, caracterizados por relações sociais inexistentes e de trabalho excessivo, gerando condições de vulnerabilidade em seu estado de saúde física e mental, agravadas pela condição de ilegalidade, dificultando, portanto, o acesso aos serviços sociais, especialmente os de saúde.

Nos municípios que fazem fronteiras com o Brasil, há oportunidades na agricultura e comércio, e em alguns locais, até mesmo, para contrabando e narcotráfico. Esses movimentos de migrações, muitas vezes, são tidos como pendulares, servindo à comercialização de mercadorias, trabalho no garimpo e gerando a busca incessante por melhores serviços de saúde e educação.<sup>11</sup>

O movimento de migração no Brasil, segundo Martes<sup>11</sup> pode ser dividido em dois grandes períodos. O primeiro período, denominado de *Período Clássico*, que compreende os anos de 1870 a 1970, no qual o Brasil foi o terceiro maior receptor de imigrantes em todo o mundo. Durante esses 100 anos de imigração, os europeus foram os povos que mais participaram desse processo ao longo dos anos de 1850 a 1950, totalizando um contingente de cerca de 60 milhões de pessoas que deixaram a Europa e adentraram as Américas. O Brasil recebeu durante esse período e no pós-guerra mais de 5,1 milhões de europeus e asiáticos. Após a Segunda Guerra Mundial, esta tendência continuou, e até hoje dita às características populacionais de algumas regiões brasileiras, principalmente no Sul e Sudeste do país. O perfil predominante dos imigrantes durante esta época era de pessoas documentadas, a maioria de raça branca, jovens do sexo masculino e/ou famílias inteiras, com predomínio de camponeses e trabalhadores de lavouras de café.<sup>11</sup>

O Segundo período, denominando de *Período Recente*, compreende os anos de 1970 até os dias atuais. Mesmo o Brasil atravessando períodos de crises políticas e econômicas, ele ainda é um bom destino para aqueles imigrantes que sofrem perseguição política, refugiados e de profissionais liberais, documentados ou não. Sendo o maior número de sul-americanos (bolivianos, argentinos, chilenos, paraguaios, uruguaios) e africanos (angolanos e moçambiquanos).<sup>11</sup>

Este período também é marcado por uma grande saída de brasileiros para países como os Estados Unidos da América (EUA), iniciado nos anos 1990 com mais de 2 milhões de pessoas. O perfil dos brasileiros que emigram é composto por homens e mulheres, a maioria de classe média-baixa, que passam a trabalhar como: garçons, empregados domésticos, babás e na construção-civil e, possui como fator estimulante os rendimentos que extrapolam seus ganhos no Brasil, mesmo em uma posição de emprego mais privilegiada por aqui. Existe também a emigração Brasil-Japão, a qual se trata de uma migração de retorno dos descendentes e com apoio total do Japão.<sup>11</sup>

### **III.2. O conceito de cidadania e o direito à Saúde:**

Na Grécia Antiga, berço da civilização ocidental moderna, da filosofia, da literatura e da democracia, definia-se a Cidadania como o direito da participação ativa nas decisões da rotina da cidade e nas aprovações de leis. Nesta época, esse privilégio era de poucos, apenas homens maiores de 21 anos e que eram proprietários de terras, sendo excluídos as mulheres, artesãos, escravos e imigrantes.

Com o passar do tempo, o conceito de Cidadania foi sendo reformulado devido à noção de direito e da construção coletiva, assumindo um sentido político, social e jurídico. Jean Jacques Rousseau (1712-1778), nesse movimento, incorporou ao conceito, elementos de liberdade e dignidade. Atualmente, como um dos reflexos do processo de globalização, o conceito de Cidadania vem sofrendo modificações ideológicas ou cosmopolitas. Os países encontram-se cada vez mais com uma população heterogênea, devido aos movimentos de migração. Assim, nessa discussão entra o conceito de Nacionalidade, primordial para compreender o acesso a serviços de saúde aos imigrantes, principalmente aqueles provenientes dos países do MERCOSUL.

Um conceito atual de Nacionalidade, datado do século XIX, consiste num aglomerado de indivíduos ou comunidades ligados por valores culturais e morais ao território em que vivem. Burlamaque<sup>13</sup> ao apresentar uma relação entre Cidadania e Nacionalidade, afirma que “Cidadania é o direito de intervir no processo governamental, sobretudo pelo voto, diferindo da Nacionalidade que é um status individual cujo conteúdo só se esclarece por contraposição ao do estrangeiro”.

A Cidadania assumiu assim, durante toda a história, inúmeras formas em decorrência dos diferentes contextos sociais. Thomas Humphrey Marshall<sup>53</sup> pensava a Cidadania além do “direito a ter direitos”, sendo esses direitos civis, políticos e sociais, mas sim, algo universal. Hannah Arendt (1906-1975) traz em ‘Origens do Totalitarismo’ (1989), o conceito de cidadania estabelecido juridicamente, ou seja, mesmo antes da nacionalidade, todo cidadão possui direitos a ir e vir, a ter acesso a serviços primordiais, esteja ele no seu país de origem ou não.<sup>52</sup>

Neste sentido, algumas organizações e movimentos sociais que lutam pela defesa e qualidade de vida dos migrantes, se reuniram em dois encontros, o primeiro realizado no ano de 2005 em Porto Alegre no Brasil no I Fórum Social Mundial de Migrações, e o segundo, no ano de 2006 realizado em Madrid na Espanha, na segunda edição do fórum, na qual foram pautas de discussões sobre a Cidadania Universal e os direitos inerentes à condição de cidadão, sem vincular-se à nacionalidade, estendidos a todos os estrangeiros. Isso se deve ao reflexo da busca de integração não só econômica entre os países, a exemplo dos Blocos Econômicos como o MERCOSUL, União Europeia (Capítulo 2 – Item IV), mas na perspectiva de uma integração cultural, social e política.<sup>14</sup>

Assim, a integração regional com o MERCOSUL, indica a possibilidade da cidadania regional, através da qual buscar-se-á a superação dos obstáculos enfrentados no exercício dos direitos e deveres fundamentais de imigrantes em nosso país, dentre eles o do direito aos serviços de saúde. Temos como exemplo o que já ocorre com a União Europeia, chamada de Cidadania Comunitária e/ou Cidadania da União, uma cidadania superposta que garante aos cidadãos regionais direitos nos países que fazem parte do bloco.<sup>14, 15</sup>

No âmbito do MERCOSUL, as discussões sobre o direito à saúde dos cidadãos de países que fazem parte do bloco, são tratadas por algumas entidades e comissões de integração, nas quais existem programas, convênios e secretarias que discutem sobre questões de Saúde em diferentes instâncias, são elas: a Reunión del Sector Salud de Centroamérica; a Reunión de Ministros de Salud de Area Andina; o Conveinio Hipólito Ananue e a Iniciativa de Salud del Cone Sur. Há que se destacar o papel ativo do Brasil nessas reuniões em relação aos outros países do bloco, o que pode ser explicado devido ao grande número de imigrantes que chega ao país tendo como meta o trabalho, a moradia e, também, atendimentos nos serviços de saúde.<sup>15</sup>

## IV. OS BLOCOS ECONÔMICOS E OS ACORDOS EM RELAÇÃO À SAÚDE

### IV1. Arquitetura dos Blocos Econômicos Mundiais:

Com a economia mundial seguindo os passos da globalização, gerou-se uma tendência comercial de formação de Blocos Econômicos com o intuito de facilitar o comércio entre os países membros, o que propicia um crescimento econômico mais acelerado. Os Blocos Econômicos são uma reunião de países, geralmente de um mesmo continente, de países que sejam vizinhos e/ou que possuam afinidades culturais e comerciais, além de interesses mútuos no crescimento em conjunto, de maneira que haja integração e facilitação comercial para ambos, por meio de acordos, chamados de acordos bilaterais (quando envolve dois estados-membros) ou acordos multilaterais (quando há o envolvimento de vários estados-membros).

Os principais Blocos Econômicos são: A **União Europeia (UE)**, criado no ano de 1992 e que possui como estados-membros (Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Holanda, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Romênia e Suécia) e possui como moeda comum o Euro; **Tratado Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA)**, criado em 1994, tendo como estados-membros os Estados Unidos da América, Canadá e México; e, o **Mercado Comum do Sul (MERCOSUL)**, criado em 1991, composto por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Existem quatro estágios<sup>4</sup> em que os Blocos Econômicos podem ser definidos: O primeiro estágio, mais simples, é determinado por uma área de livre comércio, onde os produtos que são produzidos em um país, podem ser comercializados em outros países que fazem parte daquele Bloco Econômico, com redução e/ou abolição das taxas de burocracias comuns na importação e exportação. O segundo estágio, também chamado de União Aduaneira<sup>c</sup>, em que envolve interesses mais amplos, podem ser

implementadas condutas de mercado e comércio, além da extensão das regras para países que não fazem parte do bloco.

O Terceiro estágio que consiste na criação de mercado comum, onde há a integração entre as economias e regras de comércio interno e externo, além de ser possível a passagem de mercadorias, pessoas e capital entre esses países de forma livre. O MERCOSUL encontra-se em fase de transição para essa fase, desde o ano 2000, onde ele começou a se preocupar com o contingente de imigrantes dos estados-membros que adentravam as fronteiras, tanto para estabelecer moradia, como para utilizar os serviços disponíveis do outro lado da fronteira.

O quarto estágio é quando ocorre a união econômica e monetária, por meio de um mercado comunitário, com a adoção de uma moeda, sistema financeiro e bancário em comum, além dos cidadãos de todos os países que integram o bloco se tornam cidadãos do Estado comum, como é o caso do Estado Europeu, podendo circular e/ou se estabelecer, o que lhes garantem acesso a todos os serviços disponibilizados, inclusive a saúde. A União Europeia é o único bloco econômico, que até o momento, alcançou este estágio após vários acordos internos e sucessivas crises econômicas, sendo oficializado no ano de 1992, por meio do Tratado de Maastricht.

Todos os Blocos Econômicos, inicialmente só possuem pretensões essencialmente econômicas e comerciais, porém devido às demandas políticas e estruturais de cada estado-membro, há que se pensar nas diversas conformações que o bloco deve assumir, visando a melhoria a qualidade de vida dos residentes dos países que compõem o bloco, principalmente em relação aos serviços de educação, justiça, transporte, saúde e etc. Atualmente, é visto um grande empenho do governo brasileiro em alcançar medidas que minimizem os impactos transfronteiriços.

Dentre os Blocos Econômicos aquele que se destaca, de acordo com a sua conformação que foi rompendo as barreiras da desigualdade territorial e buscando o desenvolvimento social, em áreas específicas, principalmente na saúde, é a União Europeia, onde de maneira lenta e gradual foram se discutindo acordos presentes na agenda e estabelecendo um padrão europeu de saúde<sup>2, 16</sup>. Assim, através de um sistema de cobertura universal, presente em cada país, financiado com os impostos em que o

---

<sup>c</sup> União aduaneira é uma área de livre-comércio com uma tarifa externa comum (TEC), ademais de outras medidas que conformem uma política comercial externa comum. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/mercosul/blocos/introd.htm>

estado assume o papel central e, a União Europeia complementa com as políticas nacionais, principalmente na realização de objetivos comuns, na partilha de recursos e nos desafios e campanhas que surgem, como pandemias, prevenção de doenças, doenças crônicas, no estímulo a qualidade de vida e/ou o impacto da esperança de vida no sistema de saúde, por meio da promoção da saúde.<sup>d</sup>

A política de tratamento para o estrangeiro, sendo ele de países membros do bloco, está previsto na Legislação da União Europeia, sobre os direitos dos doentes e dos cuidados da saúde transfronteiriça. Essa política de saúde transfronteiriça facilita a cooperação e as trocas de informações entre as autoridades em saúde, garantindo o reconhecimento de receitas médicas em qualquer país da União Europeia. Além, de que todos os estados-membros do bloco, oferecem a seus cidadãos um Cartão Europeu de Saúde gratuito que fornece seguro para tratamento médico de emergência em visitas a outros países europeus participantes, sempre visando à qualidade no cuidado e acesso seguro. Assim, com todas essas medidas, em longo prazo, será possível, a criação de redes europeias de referência.<sup>e</sup>

## **IV2. O MERCOSUL e os fóruns de integração em “SAÚDE”.**

Com o objetivo de criar uma união comercial, econômica, política e social entre os países fronteiriços, foi criado em 1991, a partir do Tratado de Assunção, assinado em 26 de março do mesmo ano, pelos governos do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, o MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), um bloco econômico sul-americano. Formado oficialmente pelo Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela, os quais são considerados como Estados Partes. Mas existem aqueles países, identificados como Estados Associados, como o Chile, Peru, Colômbia, Equador, Guiana, Suriname. A Bolívia atualmente está em fase de negociações para ser membro como um Estado Parte.<sup>7</sup>

O MERCOSUL tem como principal objetivo a construção de uma consolidação econômica, política e social entre os países membros, colaborando com o aumento da qualidade de vida dos cidadãos que habitam os Estados que constituem o bloco. Além de: garantir livre circulação de bens, serviços e produtos entre os membros; garantia da TEC (Tarifa Externa Comum) em negociações comerciais; políticas macroeconômicas e

<sup>d</sup> Disponível em: [HTTPS://europa.eu/european-union/topics/health\\_pt](HTTPS://europa.eu/european-union/topics/health_pt)

<sup>e</sup> Disponível em: [HTTPS://europa.eu/european-union/topics/health\\_pt](HTTPS://europa.eu/european-union/topics/health_pt)

setoriais nos Estados Partes; e, Compromisso em fortalecer a integração entre todos os membros da organização.<sup>7</sup>

Quando o MERCOSUL foi proposto, por meio do Tratado de Assunção, sua ênfase estava no desenvolvimento econômico e na livre circulação de bens, serviços, materiais e pessoas, porém não ficou evidenciado o papel das políticas públicas e sociais, principalmente, aquelas de promoção à saúde e do exercício pela cidadania. O trânsito interfronteiras, tem mostrado que essas questões, ainda depois de 25 anos do MERCOSUL, precisam ser revistas e atualizadas, para garantir o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde e das políticas sociais, que tornam o cidadão participante do progresso de integração. Mesmo assim, ainda hoje as fronteiras são entendidas como locais de conflitos, ou áreas de segurança nacional, pelos governos locais, por meio de instalações e órgãos em pontos estratégicos a fim de controlar o trânsito e a circulação entre fronteiras, o que desconsidera os movimentos migratórios como fator de desenvolvimento social e econômico.<sup>17</sup>

Assim, existe a preocupação dos governos e o compromisso político dos Estados Partes na busca de soluções pactuadas, que devem caminhar no sentido de dar respostas aos desafios e demandas que se apresentam<sup>18</sup>. As iniciativas locais de cooperação entre gestores podem propor a formulação de diretrizes específicas para situações que possibilitem a melhoria do acesso, integral e humanitário às ações de saúde no MERCOSUL.<sup>19</sup>

Devido à grande circulação de pessoas e produtos nas regiões de fronteiras, principalmente com fins de atendimento de saúde, e buscando evitar maiores tensões, bem como para garantir o direito universal à saúde, a partir do ano de 1997, a saúde nos municípios, passou a ser tratada em dois fóruns específicos do MERCOSUL: O SGT 11 “Saúde” e a Reunião de Ministros de Saúde. As atividades desses fóruns estão voltadas a negociação e harmonização desses países em relação à circulação de bens e serviços na área de saúde e, atualmente está em discussão e aperfeiçoamento à circulação de equipes multiprofissionais de saúde. Assim, conhecendo melhor as regiões e suas diferentes demandas e obstáculos, prospectando os pontos negativos torna-se possível subsidiar a formulação de políticas para a melhoria no atendimento e promoção da saúde da população fronteiriça.<sup>15,16,18, 20</sup>

A implementação dessas políticas, de cunho fundamentalmente econômico, impõe aos Estados Partes, de um lado, a incorporação de um conjunto de direitos fundamentais ligados, notadamente, ao trabalho, à saúde e à educação;

e de outro lado, o compromisso de harmonizar as legislações dos países bloco nestas áreas.

O Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde, por meio da Resolução GMC nº 21/01, tem como Tarefa Geral: “Harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área de saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário [instrumentos necessários e fundamentais para identificar e controlar os riscos à saúde da população], com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos do comércio regional, contribuindo ao processo de integração”<sup>7</sup>

O SGT 11 Saúde/ MERCOSUL é composto por três áreas de trabalho<sup>21</sup>:

1. Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL), constituída pelas unidades de trabalho e Grupos *Ad Hoc*: Farmacêutica; Psicotrópicos e entorpecentes; Sangue e Hemoderivados; Produtos Médicos; Reativos de para diagnóstico de uso *in vitro*; Cosméticos e Saneantes.
2. Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS), constituídas pelas unidades de trabalhos e subcomissões: Serviços de Saúde; Desenvolvimento e Exercício Profissional; Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços de Saúde.
3. Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL), com a Subcomissão de Vigilância epidemiológica e de Controle de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteiras.

Antes do estabelecimento do SGT 11, específico para tratar das questões na área de Saúde, os temas em saúde faziam parte do “SGT 3 – Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade”, a qual tinha como objetivo a eliminação de obstáculos técnicos e à livre circulação de alimentos e produtos para a saúde. Além de estabelecer padrões de metrologia, conformidade e segurança para a indústria automotiva e elétrica.

16

A separação em um Subgrupo de Trabalho específico se deu pela clara necessidade de se trabalhar com temas tão abrangentes e complexos em instâncias diferenciadas e que vão de encontro a questões sociais distintas. Porém, o SGT 11 ainda mantém um inter-relacionamento com quase todos os subgrupos: SGT 4 (Assuntos Financeiros), SGT 6 (Meio Ambiente), SGT 7 (Indústria), SGT 8 (Agricultura), SGT 10 (Relações Trabalhistas), SGT 12 (Investimentos) e SGT 14 (Seguimento da Conjuntura Econômica e Comercial), além do SGT 3. Pois, a partir das pautas dos outros SGT’s, torna-se possível a busca de consensos.<sup>7, 21</sup>



As áreas de Trabalho do SGT 11 possuem como pauta de ação: “Harmonizar/compatibilizar as legislações na área de Saúde identificada como obstáculos aos fluxos de comércio intra MERCOSUL; Compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, de forma a assegurar o reconhecimento do SGT 11 com as demais instâncias do MERCOSUL, procurando a integração e a complementação das ações; Propor medidas de organização, sistematização e difusão da informação referente à área de saúde entre os Estados Partes”<sup>7</sup>. Assim, de acordo com Machado, De Paula e Aguiar-Filho<sup>18</sup> a partir dessa composição e de suas pautas de trabalho, o SGT 11 “busca fortalecer a dimensão social de integração, transcendendo os aspectos exclusivamente comerciais e econômicos”.

Essas pautas são estruturadas e definidas pela RMS (Reuniões de Ministros da Saúde) que acontece desde o ano de 1995 e, são responsáveis pelo marco político. Enquanto que cabe ao SGT 11, desde 1996, realizar a regulação por meio da seleção das prioridades, problemas e/ou questões internas de cada país que são consideradas relevantes para a discussão regional. Porém, é necessário destacar que mesmo os Ministros da Saúde compartilhando valores comuns, “as políticas nacionais apresentam diferenças na concepção, organização, gestão, financiamento e resultados, além de atribuições específicas”.<sup>16</sup>

A Reunião dos Ministros da Saúde (RMS) compreende a participação de seis ministros, ligados ao Conselho do Mercado Comum, dos Estados Partes e dos Estados Associados que aprovam Políticas e Programas, abrangentes do MERCOSUL. Porém, segundo a 2ª edição de Metodologias de Trabalho para o SGT nº 11 Saúde desde o ano de 2005, ainda há insuficiência no número de reuniões dos Ministros, devido a gastos excessivos, crise, falta de metodologias que possam sanar as demandas das reuniões não presenciais, por meio de relatórios, fóruns e reuniões *on-line*. Porém, a intensidade do avanço tecnológico, da produtividade e das trocas comerciais origina uma demanda de regulamentação sanitária que não é acompanhada, em velocidade, pelos processos de tomadas de decisão dos Estados Nacionais.<sup>21</sup>

Enquanto isso, de acordo com Miotto<sup>16</sup> os municípios brasileiros arcam com o atendimento da população fronteiriça do MERCOSUL sem terem condições financeiras e recursos humanos. Ou seja,

Os gestores municipais não conseguem estabelecer acordos efetivos para a resolução dos problemas de saúde sem que tratativas 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.

Segundo Queiroz e Giovanella<sup>15</sup>, entre os anos de 2000 e 2006, foram criadas as Comissões Intergovernamentais (CI), onde atualmente, existem onze responsáveis pelo debate político regional da vigilância de produtos e de doenças transmissíveis para minimizar as questões de promoção e proteção social da saúde. As CI funcionam no regime de reuniões de trabalho, onde estão presentes os dirigentes, especialistas e técnicos dos países que apresentam e debatem temas à luz das políticas nacionais de maneira mais pessoal. E, o consenso se efetiva por meio de propostas de acordo, planos e programas, estratégias e diretrizes regionais.

São exemplos de iniciativas de cooperação com outros países, especificados pelos secretários municipais de saúde: atividades conjuntas para prevenção da tuberculose, malária, dengue, febre amarela, hepatite, AIDS; preparação de calendário de imunização, campanhas de vacinação, cursos de capacitação profissional em programas de saúde pública, seminários e etc.<sup>18</sup>

Assim, as pautas negociadoras estruturam o funcionamento do SGT 11 e preconizam o aperfeiçoamento e a articulação dos sistemas nacionais, mediante cooperação entre países, de ações comuns e desenvolvimento de profissionais. O Quadro 1, traz um resumo das atividades desenvolvidas pelo SGT11 até o ano de 2006.<sup>16</sup>

**Quadro 1: Harmonizações nas comissões do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde do Mercosul, 2006**

Comissão	Temas de saúde harmonizados
Produtos para a saúde Medicamentos	— Registro, boas práticas de fabricação, controle e distribuição, inspeção conjunta de Psicotrópicos e entorpecentes: autorização de importação e exportação, regulamento técnico sobre controle e fiscalização em zonas francas e áreas aduaneiras especiais;
Cosméticos	— Registro, definições, glossário, listas de substâncias permitidas e de uso restrito ou proibido, boas práticas de fabricação e controle;
Saneantes	— Registro, definições, glossário, boas práticas de fabricação e controle;
Serviços de atenção à saúde Prestação de serviços de saúde	— Glossário de termos comuns, requisitos para habilitação de unidades móveis de atenção médica de emergência, requisitos para

<p>Desenvolvimento e exercício Profissional</p> <p>Tecnologias</p> <p>Vigilância em saúde</p> <p>Vigilância epidemiológica</p>	<p>unidades de terapia intensiva de adultos, caderneta de saúde da criança;</p> <p>— Especialidades médicas, matriz mínima de registro profissional em saúde;</p> <p>— Metodologias de avaliação de tecnologias em saúde;</p> <p>— Glossário, definição de caso suspeito, confirmado, de doenças prioritárias e de maior acompanhamento, consolidação da situação das doenças prioritárias, normas, diagnóstico de laboratório, controle e esquemas terapêuticos de doenças prioritárias, inclusão da influenza humana, medidas de controle de viajantes, utilização do Regulamento Sanitário Internacional, definição de laboratórios de referência, procedimentos de informação e controle da SARS.</p>
--	---

Fonte: Retirada de QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011.

As considerações sobre a saúde estão cada vez mais presentes no MERCOSUL, porém as ações nesse sentido precisam de Priorização, Sistematização, Programação e Avaliação cada vez mais adequadas, como respostas ao processo de integração.<sup>7, 21</sup>

## **V. A ESTRUTURA DO SUS, A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O ATENDIMENTO AOS IMIGRANTES**

### **V1. A história de criação do SUS:**

A história da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) desponta em meados do ano de 1923, por meio da Lei Eloy Chaves, que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), em um período em que com o rápido processo de industrialização seguido da urbanização, a saúde pública assume função chave no processo de desenvolvimento social. Essa lei, então, propôs fundamentar e legalizar iniciativas pensadas pelos trabalhadores, para o caso de haver algum acidente, afastamento e/ou aposentadoria, dando início a uma discussão das garantias dos trabalhadores. Nesse momento, também é discutido a legalidade do serviço de saúde público e privado no país. Após nove anos desses acontecimentos, já no governo de Getúlio Vargas, no ano de 1932, houve a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), respondendo as lutas e reivindicações dos trabalhadores. E, após algum tempo, com a unificação dos IAPs, deu-se a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), no ano de 1965, com serviços assistenciais. Nos anos de 1974 a 1977, houve a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) sendo substituído depois pelo Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS), grande órgão prestador de assistência médica.<sup>22, 23, 24</sup>

Nesse processo de desintegração, de reforma popular e da diversidade de necessidades regionais, a Política Nacional de Saúde foi organizada em duas frentes: a primeira, com modelo sanitarista-campanhista (correspondente a Saúde Pública atual), baseada em campanhas, como a campanha de vacinação, de combate às epidemias, programas especiais; e a segunda, o da assistência médica, fundamentada no modelo Assistencial-privatista, ou também conhecido como modelo Biomédico. O Modelo Biomédico é pensado a partir da ênfase e valorização do corpo, de sua biologia e anatomofisiologia humana e, na possibilidade de se obter conhecimentos por meio de pesquisas, sobre o seu funcionamento, para que sejam possíveis intervenções que permitam alcançar a “normalidade”. Ou seja, estudar as doenças e patologias, para se chegar a plena saúde e/ou a ausência de doenças.<sup>24, 25</sup>

Paralelamente a esse período, foi realizada no ano de 1978 na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,

realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta conferência foram propostas metas para melhorar os níveis de saúde mundial até o ano de 2000, além de estabelecer o direito à saúde e responsabilidade política dos governos, bem como a implantação de um sistema e assistência continuada em saúde. A partir dessas propostas, foi formulada e assinada, por 134 países (inclusive o Brasil), a Declaração de Alma-Ata, também conhecida como “Saúde para todos no ano de 2000”<sup>25</sup>. Assim, começou-se a emergir as discussões internacionais para a Atenção Primária a Saúde, permitindo a ampliação do acesso à saúde, para a grande parcela da população.

No ano de 1982, foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), programa que já começava a sinalizar como seria o futuro SUS, com ênfase na atenção primária, visava à integração das instituições públicas de saúde (rede pública com complementação na rede privada), além de realizar convênios com os Ministérios da Saúde, Ministérios da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Saúde do Estado, com o intuito racionalizar os recursos.<sup>22</sup>

O movimento da Reforma Sanitária nasceu do contexto da luta contra a ditadura militar, no início da década de 70, composta por médicos e outros profissionais de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país. Nomeada dessa forma, devido ao conjunto de ideias propostas pelo “Movimento Sanitário Brasileiro” que buscavam mudanças e transformações necessárias na área de saúde de maneira setorial no sistema, além da gratuidade e universalidade do acesso à saúde. O Movimento da Reforma Sanitária brasileira influenciou as discussões e debates ocorridos na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, após o fim da ditadura militar, que com a participação maciça do povo, estabeleceu que a saúde é um direito universal e que o Estado teria dever para com ela. Nesse momento de intensa participação popular, essas discussões impulsionaram a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no ano seguinte de 1987, que possuía como principais diretrizes, a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, descentralização das ações da saúde e que o Governo federal repassasse recursos para os estados e municípios para a ampliação dos centros e dos serviços de saúde. Todas essas medidas, ações, lutas e discussões complementaram a Constituição Cidadã, no ano de 1988.<sup>22</sup>

Assim, no ano de 1990, por meio da Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as “condições a

promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”<sup>26</sup>, obedecendo aos princípios estabelecidos, a saber:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

O SUS é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e foi fruto da luta e construção histórica de décadas, no esforço popular de garantir em nosso país o acesso universal de seus cidadãos a saúde.<sup>20</sup>

A partir do ano de 1990, diversas iniciativas foram sendo necessárias e aprimoradas para a implantação do SUS, com ênfase na descentralização e municipalização das ações de saúde, permitindo o maior contato dos profissionais de saúde com a política, a gestão e a realidade social do Brasil e de cada região. Como

exemplo, temos o Programa Saúde da Família (PSF), conhecido atualmente como Estratégia Saúde da Família, a qual teve início no ano de 1994, proposto pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. Este tipo de programa e/ou estratégia, visa à ampliação da análise sobre o processo saúde-doença de modo a abranger o ambiente familiar, permitindo aos gestores e profissionais da saúde se aproximar mais do cidadão, do seu contexto sociocultural, dos seus hábitos, buscando tornar a relação médico-paciente mais humanizada e integral, levando em consideração que a saúde, depende de outros fatores sociais e econômicos (saneamento, boa alimentação, moradia, educação, emprego, etc) que influenciam diretamente no bem-estar e na qualidade de vida. Esse modelo de cuidado vai contra o modelo assistencialista, onde há o predomínio de atendimento emergencial ao doente. O programa, ainda, inclui ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.<sup>22</sup>

## **V2. O atendimento pelo SUS aos imigrantes:**

No MERCOSUL, pode-se dizer que o Brasil destaca-se em relação à preocupação de efetivar essa integração, na medida em que cria mecanismos que permitem o diálogo conjunto com o propósito de direcionar as políticas e ações de saúde<sup>15</sup>. No entanto, o processo de acesso à saúde no Brasil por parte dos imigrantes oriundos do MERCOSUL precisa ser melhorado. Alguns problemas são enfrentados nos municípios fronteiriços ou nas capitais em que há maior concentração de imigrantes, como a não oferta de serviços de atenção de média e de alta complexidade; o piso insuficiente repassado aos municípios que recebem imigrantes sazonais e a demanda por serviços de saúde dos municípios.<sup>11</sup>

Segundo Giovanella e colaboradores<sup>18</sup>, a busca de atendimento por estrangeiros no SUS varia conforme a região, tipo de fronteira e país fronteiriço. Geralmente, municípios mais próximos e de maior porte populacional, tendem a atrair mais, até pelo fato de existir transportes que fazem a travessia da fronteira. Em sua pesquisa, realizada com secretários de saúde de quatro municípios que fazem fronteira com os países da Argentina, Paraguai e Uruguai, foi relatado que os estrangeiros buscam com mais

frequência medicamentos (62%), consulta médica de atenção (60%), imunização (50%), parto (50%), exames de patologias clínicas (49%), emergência e pré-natal (45%).

Na mesma pesquisa foi ainda perguntado aos secretários de saúde, de acordo com sua percepção e experiências, quais eram os principais motivos, pela busca do atendimento por estrangeiros nas terras brasileiras. A saber: Proximidade geográfica (68%); ausência e/ou insuficiência de serviços públicos de saúde em seus países de origem (66%); facilidade no atendimento (60%); urgência ou gravidade do caso (60%) e a qualidade da atenção à saúde promovida pelo SUS (58%).

Porém, a busca dos estrangeiros pelo atendimento, agrava a situação do SUS nos municípios com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, já que os repasses federais são destinados à população residente no município (população *per capita*), sem levar em consideração a população advinda dos países fronteiriços. Diante disso, alguns municípios adotaram medidas para minimizar o atendimento a estrangeiros, como: exigência do documento de identidade, junto com o comprovante de residência; cartão municipal de saúde, obrigatório no ato da consulta e que deve ser atualizado periodicamente com visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde na residência.<sup>20</sup>

Os estrangeiros representam somente 0,3% dos cerca de 200 milhões de habitantes do país, um número teoricamente insignificante, sendo a média mundial de 3%<sup>27</sup>. Os motivos econômicos ainda são os principais fatores de migração, porém, não se deve descartar um fator motivacional para a migração internacional da população fronteiriça, como a garantia de direitos sociais, a exemplo da saúde no Brasil, visto que o SUS tem entre seus princípios a universalidade, além de ser um sistema de saúde gratuito para os seus usuários.<sup>14</sup>

Na saúde, os imigrantes não são diferenciados em relação aos brasileiros, os procedimentos burocráticos são bastante reduzidos, não há custos financeiros para o paciente, e todos são tratados igualmente em busca de saúde. Porém, isso não quer dizer que não existam barreiras para o acesso dos imigrantes. A implementação das políticas que garantem esse direito no Brasil ainda é um desafio para os gestores públicos.<sup>28</sup>

Por ser universal, o Sistema Único de Saúde no Brasil não apresenta muitas barreiras de acesso estruturais para os imigrantes<sup>28</sup>, que antes do deslocamento, deve solicitar no Departamento Nacional de Auditoria do SUS, dependente do Ministério da Saúde do Brasil, o certificado de direito a assistência médica no estado para onde se deslocará temporariamente<sup>29</sup> e ao chegarem ao país eles já adquirem a carteira do SUS.



Quando se trata de garantir o acesso dos imigrantes à saúde, o SUS apresenta muitas vantagens simplesmente porque a universalidade não exclui ninguém, onde fica claro que a saúde é de fato para todos, sejam eles cidadãos brasileiros ou não<sup>28</sup>. Mioto<sup>17</sup> ainda complementa,

A garantia do direito à saúde de forma gratuita e universal no Brasil tem atraído significativo fluxo da população fronteiriça, advinda dos países do MERCOSUL, em busca de assistência ao SUS, sobretudo, pelo déficit de serviços e ações oferecidos nos países de origem. A não titularidade jurídico-formal de cidadãos brasileiros desta população leva a reforçar a assertiva de que a direção da discussão sobre o exercício da cidadania e da garantia do direito à saúde possui intrínseca relação com os aspectos legais, uma vez que estas duas categorias se expressam por meio de diferentes normatizações em cada Estado Membro e, em geral, se referem aos indivíduos considerados membros de determinada comunidade política definida territorialmente. (p.170)

Para tanto, existe uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, de implantar o SiS-Fronteira (Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras) pela Portaria GM 1.120/05, a qual é uma estratégia de integração, voltado para subsidiar recursos financeiros para os municípios brasileiros fronteiriços que atendem pelo SUS. Mas, para se tornar uma alternativa viável, é necessária que haja instâncias responsáveis pelo controle, para efetivar as ações e promover a integração na área de saúde e atender a essa população que busca atendimento fora de seu país<sup>15, 17</sup>. Nesse sentido, faz-se indispensável o “estabelecimento de um órgão supranacional que exigisse seu cumprimento frente aos Estados Membros, novas realidades institucionais com capacidade de governo capazes de conduzir os conflitos e garantir aos Estados Membros as vantagens da integração”.<sup>17</sup>

Mesmo não sendo, ainda, uma realidade, essa proposta mostra que o Brasil é pioneiro na tomada de decisões que buscam a integração entre a população e os países, quando se trata do bem estar e da saúde de qualidade para todos.

De acordo com Padilla<sup>2</sup>, há diversas barreiras existentes no sistema, que limitam o direito do imigrante a utilizar o SUS, que podem variar de município pra município, de centros de saúde para centros de saúde e, de hospital para hospital. Seja no gerenciamento do sistema de informática que não permite/facilita o atendimento, seja na falta de conhecimento da língua dos estrangeiros, que muitas vezes usam termos que confundem os profissionais e, um dos mais relevantes, é a falta de preparo/formação e sensibilidade dos profissionais de saúde para com o atendimento a esses estrangeiros. Toda essa junção de problemáticas faz com que o acesso à saúde se torne mais difícil. É o que Sampaio<sup>30</sup> deixa explícito no trecho a seguir,

Servidores desinformados sobre os direitos dos migrantes, desconhecimento sobre o modo de funcionamento do Sistema Único de Saúde, exclusão dos serviços de saúde preventiva, dificuldade com o idioma e insensibilidade do sistema quanto algumas questões culturais e religiosas de nacionais de outros países, entre outros desafios.

### **V3. A Equipe Multiprofissional atuante no SUS:**

O SGT 11 Saúde possui uma Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício profissional, que busca o aperfeiçoamento e a capacitação dos recursos humanos (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários), de modo a constituir equipes multiprofissionais de saúde, tanto no Brasil quanto nos outros países pertencentes ao bloco, de modo que elas conheçam e atendam as necessidades das populações localizadas na região entre fronteiras, respeitando os seus aspectos históricos, culturais, sociais, e prestando uma assistência a saúde com qualidade e respeito, diante de tanta adversidade e desigualdades.

A Subcomissão de Desenvolvimento têm como objetivos definir políticas de desenvolvimento para a área, bem como identificar mecanismos para regular a formação e o exercício profissional intrabloco. Para tanto, as pautas do SGT 11, da Portaria 929 de 2006, do Ministério da Saúde, definem diretrizes, para o Exercício profissional, importantes no processo de integração, como: Requisitos de habilitação profissional para os de nível superior, técnico e auxiliar; sistema de controle do exercício profissional; reconhecimentos de especialidades; programas conjuntos de treinamento no serviço e fortalecimento de entidades de saúde que formam os recursos humanos. <sup>6</sup>, 15, 18

De acordo com Carneiro-Junior e colaboradores<sup>1</sup> a partir da Constituição Federal de 1988, se faz necessário repensar os desafios em relação à reconstrução da cidadania e da democracia desses imigrantes em solo brasileiro, em um processo de redução das iniquidades ocorridas no processo de migração, sendo necessários esforços políticos, sociais e econômicos e, bem como uma formação em saúde que seja capaz de estimular os futuros profissionais a pensarem sobre os possíveis mecanismos de superação dos determinantes e agravantes deste contexto.

Assim, são necessárias políticas públicas na área de saúde, que apontem e discutam a permanente necessidade de aperfeiçoamento dos gestores e profissionais sobre as especificidades e vulnerabilidade desse contingente, que muitas vezes já se encontram em uma situação de risco. Nesse contexto é importante salientar o papel de humanização que algumas organizações não governamentais (ONGs) realizam e, de movimentos sociais, que em conjunto com partidos e sindicatos têm atuado na garantia dos direitos humanos e dos cuidados fundamentais para os imigrantes. Com destaque para o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC) e Articulação Sul Americana Espaço Sem Fronteiras (ESF).<sup>12</sup>

Algumas instituições de ensino, como o Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac (CSEBF-AV), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo realizam a Atenção Primária na região central do município de São Paulo, no qual desenvolvem pesquisas e processos de trabalhos, visando o reconhecimento das necessidades e demandas da população boliviana que trabalham nas “oficinas de costuras”. Uma equipe multidisciplinar, junto com uma agente comunitária boliviana, realizam cadastros que auxiliam no atendimento dos serviços de saúde desses imigrantes.<sup>1</sup>

A população boliviana, maior contingente de imigrantes, que são sem-documentos e que trabalham em situação de quase escravidão na cidade de São Paulo, é uma população vulnerável a diversas doenças e maus tratos, principalmente em relação à violência doméstica e abuso sexual das mulheres. Desde o ano de 2009, no Centro da Escola de Barra Funda (SP), uma equipe de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, vem construindo estratégias de cuidado integral a esses imigrantes.<sup>1</sup>

Essas iniciativas mostram o cuidado a essa população, ao mesmo tempo em que formam profissionais capacitados para atuarem nesse contexto na cidade de São Paulo, e mais minimamente em todo o país, colocando em prática as diretrizes do SUS construídas ao longo da história com participação popular. Assim, é necessário pensar na atuação concreta dos gestores municipais, do controle social, e, principalmente do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, para que o direito a saúde e os princípios do SUS não sejam negligenciados, sem ter realmente uma função transformadora no cuidado aos brasileiros e no de todos aqueles que necessitam de uma atenção à saúde de qualidade, como os imigrantes.

## VI. CONCLUSÕES

1. A questão da migração, ilegal ou não, é assunto de debates e preocupações entre governantes e órgãos assistenciais em todo o mundo, pois os impactos que esse fenômeno traz são enormes, tanto positivos quanto negativos, sendo eles econômicos, sociais, históricos etc. Diante disso, as políticas, principalmente as de acesso aos serviços de saúde, devem ser pensadas diante desse contexto, a nível regional e intrablocos econômicos, para que essas populações, já tão vulneráveis, possam exercer e usufruir dos direitos que lhes cabem, enquanto pessoa e cidadã;
2. Verifica-se que, dentre os países do Mercosul, o Brasil é um dos países que tem um maior empenho em aprimorar as condições relacionadas aos serviços de saúde, tanto para os brasileiros, como para os estrangeiros, para isso, tem sido realizados fóruns e reuniões dentro do bloco para debater esses assuntos na intenção de uma melhor organização, visando atender as demandas dos imigrantes oriundos do MERCOSUL. Todavia, ainda existem muitos desafios a serem solucionados, destacando as dificuldades que ainda são encontradas pelos imigrantes e também pelos profissionais da área da saúde.
3. As questões aqui levantadas estão longe de serem solucionadas por completo, devido a todas as questões envolvidas nesse tema, porém esta pesquisa de conclusão de curso introduz o assunto para que seja disseminado e discutido entre os acadêmicos da área da saúde, para que faça parte da formação inicial de futuros profissionais, e que estes sejam capazes de atuarem nos mais diversos contextos sociais, inclusive no atendimento a imigrantes, refugiados, vulneráveis, entre outros.
4. Aceita-se como válida a hipótese avaliada nesse estudo perante os notórios avanços no decorrer dos anos e da capacidade de melhorias na integração, conduzidas pelo Mercosul, na busca de melhores condições em relação ao acesso a saúde dos imigrantes.

## VII. ABSTRACT

### **IMMIGRATION AND HEALTH SERVICES IN MERCOSUL: AN EXPLORATORY STUDY.**

**Introduction:** Migration movements are ancient among peoples in search of food and better shelter. Throughout history, with globalization, this phenomenon has become common among the population of countries that seek better living conditions, be it economic or social and / or fleeing from places due to wars, persecutions and climate change. With the growing demand for immigration, especially among countries that are part of the Economic Blocks, such as MERCOSUL, rulers find themselves in new paradigms of intervention and challenges, especially in access to health services. **Objectives:** Identification and discussion in primary health care research in SUS, in relation to advances and challenges in relation to immigrants from MERCOSUL countries. **Materials and Methods:** Systematic review of literature in electronic periods, through the hypothetical-deductive method, in the search for academic papers that deal with the subject. **Results:** We found 34 studies with research carried out between 1996 and 2016. Measures such as the discussions that took place in SGT 11 Health, the Meeting of Ministers and meetings and SIS-Fronteira, with an active role of Brazil in the resolution of health issues were observed. However, the many challenges to be considered, especially in relation to the formation of the multiprofessional team that will work with the immigrants, documented or not, since one of the greatest challenges. **Conclusions:** The hypothesis evaluated in this study is valid given the evident advances and possibilities of better living conditions and access to health services for immigrants from MERCOSUL countries.

**KEY WORDS:** 1. Immigration, 2. Immigrant Health, 3. MERCOSUL.

## VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carneiro-Junior, N. Oliveira, RLS. Jesus, CH. Luppi, CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. SUS: Mosaíco e Inclusões 2011; 13(2).2Padilla, B. Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. Rev. Inter. Mob. Hum 2013; 40: 49-68.
2. DalPrá, KR;. Mendes JMR; Mioto, RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Caderno de Saúde Pública 2007; 23(2): S164-73.
3. SST. Seguridade Social para Todos, 2014. Disponível em: <http://www.seguridadsocialparatodos.org/pt/node/1> Acesso em: 02 de nov. 2015.
4. Nüske, JPF. A previdência social aos imigrantes do MERCOSUL residentes no Brasil em decorrência do acordo multilateral de seguridade social do bloco. Rio Grande: In: Âmbito Jurídico XVI(119); 2013 dez. Disponível em: [http://ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13917](http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13917) Acesso em: 26 de nov. 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Fórum permanente MERCOSUL para o trabalho em saúde . Brasília; 2010. 2010.
6. Mercado Comum do Sul [homepage na internet]. Documentação oficial do Mercosul [acesso em 4 Jun 2016]. Disponível em: [http://www.mercosur.int/t\\_generic.jsp?contentid=5793&site=1&channel=secretaria&seccion=3](http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=5793&site=1&channel=secretaria&seccion=3)
7. Minayo, MCS. *et al.* Pesquisa social: teoria, método e criativo. 27ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
8. Marconi, MA, Lakatos, EM. Técnicas de Pesquisa, planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.4. ed. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
9. Severino, AJ. Metodologia do Trabalho Científico. 23 ed. Rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

10. Martes, ACB. Velho tema, novos desafios - gestão pública da imigração. Cadernos Adenauer. 2009; V.1: 9-27. Disponível em: [WWW.kas.de/wf/9232-1442-5-30.pdf](http://WWW.kas.de/wf/9232-1442-5-30.pdf)
11. Ruffino, C. Amorim, SG. Imigração Internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) – Uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Águas de Lindóia (SP), Novembro de 2012.
12. Burlamaque, CA. A Nacionalidade no Brasil e no Mundo. Disponível em: [WWW.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=1446](http://WWW.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1446)
13. DalPrá, KR, Mendes JMR, Miotto, RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Caderno de Saúde Pública 2007; 23(2): S164-73.
14. Kolling, G, Massaú, GC. Cidadania supranacional e o direito à saúde. Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR 2010 2º sem.; 10(19): 37-60.
15. Queiroz, LG, Giovanella, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. Rev. Panam Salud Publica. 2011; 30(2): 182–188.
16. Miotto, RCT. Processo de Construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na estratégia Saúde da Família. *Relatório Final CNPq*. Florianópolis: UFSC, 2007.
17. Machado MH, De Paula, AE, Aguiar WF. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. Caderno de saúde pública. 2007; 23(2): S292-S301.
18. Giovanella, L, Guimaraes, L, Nogueira, VMR, Lobato, LVC, Damascena, GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Caderno de Saúde Pública. 2007; 23(2): pag112-120.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Fórum permanente MERCOSUL para o trabalho em saúde (2ª ed), 2010.
20. Reis, DO. Araújo, EC. Cecílio, LCO. Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em:

[www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico.../Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico.../Unidade_4.pdf)

21. Ross, C. Gouvêia, LAVN. Conceitos relevantes para a compreensão das políticas de saúde no Brasil: Modelos Assistenciais, promoção da Saúde e Vigilância da Saúde. 4º Seminário Nacional do Estado e Políticas Sociais ISSN 2175-425X, Unioeste (Cascável), Setembro de 2009.
22. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990.
23. Martín M. Atrasado no contexto mundial, Brasil estuda agora como atrair imigrantes. São Paulo: Jornal El País; 2015 Jun. Disponível em: [http://brasil.elpais.com/brasil/2015/05/29/politica/1432914508\\_370989.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/05/29/politica/1432914508_370989.html)
24. Faleiros, SM. Universalidade e Políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração em Empresas de São Paulo; 2012.
25. Massambani, V. A proteção Previdenciária prevista no Acordo Multilateral de Seguridade Social do MERCOSUL [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, Mestrado Ciências Sociais Aplicadas; 2011.
26. Sampaio, C. Migração e Saúde: Um testemunho. Rev. Inter. Mob. Hum., Ano XXI, número 40, p.245-250, Brasília, 2013.
27. Culpi, LA, Pereira, AE. MERCOSUL e Políticas de migração: Análise do processo de transferência de políticas públicas migratórias pelas instituições do MERCOSUL (1991-2013). 38º Encontro Anual da Anpocs. Disponível em: [WWW.anpocs.org/portal/index.php?option=cam\\_docman&task=doc\\_view&gid=9104&Itemid=217](http://WWW.anpocs.org/portal/index.php?option=cam_docman&task=doc_view&gid=9104&Itemid=217)
28. Culpi, LA. A Evolução da Política Migratória no Mercosul entre 1991 a 2014. Revista Conjuntura Global, vol. 4, n. 3, set/dez, 2015
29. Nogueira, VMR. O Direito á saúde na reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma nova agenda. (Tese de Doutorado) Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2002
30. Nogueira, VMR, Fermiano, S. Direito a saúde na região da fronteira MERCOSUL – Legalidades e Realidades. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. São Luís (MAO, 2005. Disponível



em:

[WWW.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/html/Trabalhos2/Vera\\_lucia\\_Sabrina\\_fermiano.pdf](http://WWW.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/html/Trabalhos2/Vera_lucia_Sabrina_fermiano.pdf)

31. Nogueira, VMR, DalPrá, KR, Fermiano, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. Caderno de saúde pública. 2007; 23(2): S227-S236.
32. Nogueira, VMR, Silva, MG. BRASIGUAIOS: a cidadania fluida na tríplice fronteira. III Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís (MA), 2007. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoJ/8fb4146dae9fce4fd92bVera\\_Geusina.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoJ/8fb4146dae9fce4fd92bVera_Geusina.pdf)
33. Preuss, LT. O Direito a saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/16.pdf>
34. Silva, MG, Nogueira, VMR. O Direito a saúde em região de fronteira: Revisitando o debate. Disponível em: [WWW.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/20.pdf](http://WWW.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/20.pdf)
35. Schwartz, G, Fuga, PHD. O Acesso a saúde nas fronteiras do MERCOSUL: Entre as normas e a realidade. Disponível em: <http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/388>
36. Nogueira, VMR, Silva, MG. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde. Revista em PAUTA, Volume 6 - Número 24 - Dezembro de 2009.
37. Silva-Neto, AL. Caracterização Geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na Tríplice Fronteira Brasil/Colômbia/Peru. (Tese de Doutorado) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
38. Ninõ, EAL. A Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru: Limites e Desafios de Cooperação e Integração da região fronteira com ênfase nos anos de 2006 a 2011. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. São Paulo, 2013
39. Balieiro, LFV, Nascimento, IR. A Tríplice Fronteira Brasil, Peru e Colômbia e as implicações com o narcotráfico. Textos & Debates, Boa Vista, n.26, p. 85-98, referência 2014.

40. Jaeger-Junior, A. Mercosul e a livre circulação de pessoas. [Dissertação de Mestrado] Programa de Pós-graduação em Direito. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.
41. Silva, MG. O Local e o Global na atenção as necessidades de saúde dos Brasiguaios: Análise da intervenção profissional do Assistente Social em Foz do Iguaçu. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.
42. DalPrá, KR. Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso à saúde no MERCOSUL. [dissertação de Mestrado] Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
43. Lemões, MAM. Sistema Integrado de Saúde em região de fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária a saúde. [Monografia de Especialização] Programa de Pós-graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
44. Nogueira, VMR, Fagundes, HS. A implementação do SIS FRONTEIRA – Perspectivas para a ampliação do direito á saúde na fronteira Arco Sul. Serviço Social & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 2 (18) p. 245-260 jul./dez. 2014 ISSN 1676-6806
45. Oliveira, MM. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. ESTUDOS AVANÇADOS 20 (57), 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n57/a14v2057.pdf>
46. Silva, MG, Nogueira, VMR. BRASIGUAIOS: A dupla desigualdade na região da fronteira. Estado e Democracia: pluralidade de questões, UEPG, 2009. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/Brasiguaios.pdf>
47. Spies, MA. Brasiguaios e o acesso ao SUS: A cidadania na região de fronteira de Foz do Iguaçu. Universidade Federal do Paraná, 2011.
48. Giménez, RP, Nogueira, VMR, Fagundes, HS, Agustini, J. Mundialização e os impactos nos sistemas locais de saúde em linhas de fronteiras. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1\\_Mundializacao/mundializacao-e-os-impactos-nos-sistemas-locais-de-saude-em-linhas-de-fronteira.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1_Mundializacao/mundializacao-e-os-impactos-nos-sistemas-locais-de-saude-em-linhas-de-fronteira.pdf)

49. Levino, A, Carvalho, EF. Análise Comparativa dos Sistemas de Saúde da Tríplice Fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. 2011; 30(5):490–500. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n5/v30n5a13.pdf>
50. Correia, AMR, Mesquita, A. Mestrados e Doutoramentos: 2ª edição. Vida Econômica Editorial, 2014.
51. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.
52. ARENDT, H. Origens do Totalitarismo, São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
53. Marshall, TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967a. Política social. Rio de Janeiro: Zahar, 1967b.