



Abril 2020 - ISSN: 1988-7833

SAÚDE PÚBLICA EM REGIÕES FRONTEIRIÇAS.

Ana Flávia Machado de Oliveira¹

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: anaflaviamo@hotmail.com

Andressa Fracaro Cavalheiro²

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: afcavalheiro@gmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Ana Flávia Machado de Oliveira y Andressa Fracaro Cavalheiro (2020): "Saúde pública em regiões fronteiriças", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (abril 2020). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/cccss/2020/04/saude-publica-regioes.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/cccss2004saude-publica-regioes>

Resumo:

O presente artigo analisa os desafios enfrentados no sistema de saúde pública nas regiões fronteiriças e a necessidade de se considerar as peculiaridades locais para obtenção da tutela efetiva do direito fundamental à saúde. Será realizada uma breve análise sobre a evolução histórica do Direito à Saúde no Brasil, as respectivas previsões legais e os princípios norteadores. Serão apresentadas possíveis alternativas para otimizar a gestão e aplicação de políticas públicas. O presente estudo foi realizado na cidade de Foz do Iguaçu- Paraná pertencente à tríplice fronteira: Brasil – Paraguai (Ciudad Del Leste) – Argentina (Puerto Iguazu).

Palavras chaves:

Direito a Saúde, Fronteira, Garantias Fundamentais, Sistema Único de Saúde, Brasil.

¹ Mestranda em Sociedade Cultura e Fronteiras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Pós graduada em Direito Administrativo. Graduada em Direito pela Escola Superior Dom Helder Câmara. Advogada. E-mail: anaflaviamo@hotmail.com

² Tutora acadêmica. Doutora em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Especialista em Direito Administrativo pelo Instituto de Direito Romeu Felipe Bacellar. Graduada em Direito pela Universidade Paranaense - UNIPAR. Professora Adjunta do curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). E-mail: afcavalheiro@gmail.com

Resumen:

Este artículo analiza los desafíos que enfrenta el sistema de salud pública en las regiones fronterizas y la necesidad de considerar las peculiaridades locales para obtener una protección efectiva del derecho fundamental a la salud. Se realizará un breve análisis sobre la evolución histórica del derecho a la salud en Brasil, las disposiciones legales respectivas y los principios rectores. Se presentarán posibles alternativas para optimizar la gestión y aplicación de políticas públicas. El presente estudio se realizó en la ciudad de Foz de Iguazú-Paraná, perteneciente a la triple frontera: Brasil - Paraguay (Ciudad del Leste) - Argentina (Puerto Iguazú).

Contraseñas:

Derecho a la Salud, Frontera, Garantías Fundamentales, Sistema Único de Salud, Brasil.

INTRODUÇÃO

O vocábulo saúde, vem do Latim *salus*, que significa "bom estado físico, saudação", relacionado a *salvus*, "salvo". Para Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947) saúde é: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

Asensi e Pinheiro (2012, p.02), explanam que a saúde recebeu diversas significações ao longo da história brasileira, até se cristalizar como direito na Constituição Federal (BRASIL, 1988) como veremos a diante.

Cretella Júnior, ao citar Zanobini (1989), explana que:

Nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político. (CRETELLA JUNIOR, 1989, p. 4331).

O presente estudo visa estabelecer uma análise interpretativista sobre o Direito a Saúde, ou seja, serão analisados os aspectos legais, sem desconsiderar a relevância das práticas sociais e das peculiaridades locais. Neste contexto esclarece Bortoni:

Segundo o paradigma interpretativista, surgido como uma alternativa ao positivismo, não há como observar o mundo independentemente das práticas sociais e significados vigentes. Ademais, e principalmente, a capacidade de compreensão do observador está enraizada em seus próprios significados, pois ele (ou ela) não é um relator passivo, mas um agente ativo (Bortoni, 2008, p. 32).

Cumprido ressaltar, que tal análise faz-se indispensável uma vez que a dinâmica social da fronteira não se limita às demarcações geográficas e aos dispositivos normativos/ legais.

2 A SAÚDE COMO UM DIREITO.

Em 10 de dezembro de 1948 foi assinada na França, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, momento em que se começou a ser concebida a ideia de saúde como um direito, vejamos o disposto em seu artigo 25, item 1:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (DUDH, França, 1948)

Como pontua Rocha (2013) “ Iniciou-se no Brasil, no começo da década de 1980, com a instalação do governo de transição democrática, um movimento político e social em prol de mudanças na configuração do Sistema de Saúde Pública. ” Com o fim do período da ditadura militar (1964- 1985) cresce a luta pela redemocratização e por um sistema de saúde descentralizado. Iniciando o movimento da reforma sanitária, que pretendia dentre outras mudanças que a saúde não fosse mais tratada como mercadoria, tendo o Estado a obrigação de assegurar sua prestação.

Neste momento, o acesso à saúde se dava apenas a aqueles que trabalhavam formalmente e contribuíam para a Previdência Social (celetistas e servidores públicos), a quem possuía poderio econômico e podia pagar pelos serviços e os demais dependiam de caridade e filantropia. Não sendo dever do Estado garanti-lo.

Destacada menção merecem a VIII e a IX Conferências pelas suas respectivas repercussões na instauração do regime democrático e pela guinada social e política que implicou a conceituação doutrinária da saúde como direito civil, ou seja como dever do Estado e como uma conquista da cidadania. (Alves, Delduque, Neto, 2013) No ano de 1986, ocorreu a 8ª (oitava) Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada pelo ministro Carlos Santanna (decreto n. 91.466³, de 1985), tendo a comissão organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Foi a primeira CNS aberta a sociedade e o seu relatório final foi a base para a seção “Da Saúde” da Constituição Brasileira promulgada no ano seguinte.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que foi considerada como uma mudança de paradigma em vários aspectos, dentre eles como marco histórico para se pensar na saúde como um direito social no Brasil. A Constituição da República Federativa (BRASIL, 1988), dispôs em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Passando a saúde a integrar um dos pilares da seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social.

Sendo o financiamento de responsabilidade de toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais, artigo 195 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Assim, com a nova Constituição, a saúde alcança o posto de bem jurídico constitucionalmente tutelado, tornando imperativa a prestação positiva do Estado. Em consonância com este entendimento, vejamos o posicionamento do Supremo Tribunal Federal:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei

³ “Convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. ”

Fundamental do Estado. (RE 267.612 – RS, DJU 23.08.2000, Rel. Min. Celso de Mello.)

3 OS PRINCÍPIOS⁴ NORTEADORES DO DIREITO SANITÁRIO.

Reale aduz que:

Princípios são enunciações normativas de valor genérico, que condicionam e orientam a compreensão do ordenamento jurídico, a aplicação e integração ou mesmo para a elaboração de novas normas. São verdades fundantes de um sistema de conhecimento, como tais admitidas, por serem evidentes ou por terem sido comprovadas, mas também por motivos de ordem prática de caráter operacional, isto é, como pressupostos exigidos pelas necessidades da pesquisa e da práxis. (Reale, 2003, p 37).

3. 1 PRINCÍPIO DA IGUALDADE.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) define em seu artigo 5º, caput, o princípio constitucional da igualdade, ao assegurar que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Vale ressaltar, que além da igualdade material supracitada, não se pode olvidar da igualdade material, que assegura que devem ser tratadas de forma desigual, pessoas que se encontram em situações desiguais.

Neste sentido, Santos, pontua:

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (2003. p.56)

3.2. PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE.

O princípio da proporcionalidade, também conhecido como razoabilidade, deve ser utilizado quando há colisão entre os direitos e interesses legalmente protegidos, afim de se chegar à justa medida

⁴ Princípio, palavra derivada do latim, (principium, principii) que significa “fonte”, “origem”, “base”.

entre direitos individuais e sociais. Servindo como critério da aferição de validade das limitações aos direitos fundamentais.

Nas palavras de Guerra Filho, uma medida será adequada “se atinge o fim almejado, exigível, por causar o menor prejuízo possível e finalmente, proporcional em sentido estrito, se as vantagens que trará superarão as desvantagens”

3.3. PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE.

A CFRB/88 em seu artigo 194, § único, I, dispõe que “compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento. ” Ficando a Administração Pública obrigada a permitir o mais amplo e abrangente acesso à saúde para todos os cidadãos, uma vez que como já dito anteriormente, a saúde é um direito de todos.

3.4. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL.

Tal princípio pode ser entendido como “a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. ” (SARLET; FIGUEIREDO,2008) Não se pode olvidar que os direitos condicionados a prestação pelo Estado encontram limites nos recursos públicos disponíveis. Sendo assim ao pleitear o acesso à saúde (em seu sentido amplo) não se pode desconsiderar o orçamento público.

Todavia, não se pode banalizar tal princípio, uma vez que este não tem a finalidade de exonerar o Estado de suas obrigações amparados pelo argumento de falta de recursos. Portanto, existe uma corrente, que defende que o Estado deve garantir o "mínimo existencial", ou seja, os direitos básicos dos cidadãos, considerando sempre o binômio necessidade-capacidade, tanto do Estado, quanto daquele que pleiteia a prestação estatal.

3.5. PRINCÍPIO DA PROIBIÇÃO DO RETROCESSO SOCIAL.

O princípio da proibição do retrocesso social (ou da irreversibilidade dos direitos fundamentais), embora não esteja de forma explícita na Constituição Federal (BRASIL,1988), é uma vedação a supressão ou a redução de direitos fundamentais sociais a níveis inferiores aos já alcançados, como define Canotilho:

A ideia aqui expressa também tem sido designada como proibição de ‘contrarrevolução social’ ou da ‘evolução reacionária’. Com isto quer dizer-se que os direitos sociais e econômicos (ex.: direito dos

trabalhadores, direito à assistência, direito à educação), uma vez obtido um determinado grau de realização, passam a constituir, simultaneamente, uma garantia institucional e um direito subjetivo. A proibição de retrocesso social nada pode fazer contra as recessões e crises econômicas (reversibilidade factiva), mas o princípio em análise limita a reversibilidade dos direitos adquiridos (ex. segurança social, subsídio de desemprego, prestações de saúde), em clara violação do princípio da proteção da confiança e da segurança dos cidadãos no âmbito econômico, social e cultural, e do núcleo essencial da existência mínima inerente ao respeito pela dignidade humana. (Canotillho, 1998)

4. PECULIARIDADES DA SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO FRONTEIRIÇA.

Para fins de contextualização, este estudo teve como lócus a cidade de Foz do Iguaçu escolhida por sua posição geográfica, o município integra a tríplice fronteira: Foz do Iguaçu (Brasil) – Ciudad del Leste (Paraguai) - Puerto Iguazu (Argentina).

Cumprе ressaltar que de acordo com o disposto na Lei Federal 6.634⁵ de 1979, é considerado faixa de fronteira, a faixa interna de 150 (cento e cinquenta) quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, e não apenas a cidade limítrofe ao país vizinho.

Segundo o Ministério da Integração Nacional, as fronteiras são "espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais" (p. 21).

Todavia a fronteira não deve ser analisada meramente como limite territorial- geográfico. À medida em que a fronteira é habitada, novas estruturas são criadas e novas articulações elaboradas. A fronteira passa a ser uma zona de encontro e contato de diferentes civilizações. Assim sendo, ao se pensar política pública para zonas fronteiriças, não há como se dissociar das condicionantes e peculiaridades locais.

Segundo o Ministério da Integração Nacional, as fronteiras são "espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais" (p. 21).

De acordo com Cardin:

As dinâmicas fronteiriças, assim como as políticas públicas efetivadas nas regiões de fronteira, precisam ser compreendidas e analisadas partindo da observação simultânea do movimento de expansão do

⁵ "Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. "

capital e também das particularidades que marcam a existência do Estado Real. (2018)

Especialmente ao analisar o acesso a saúde nas regiões fronteiriças, não se pode olvidar que o Brasil é o único país da América do Sul que possui um sistema público de saúde, conhecido como SUS, regulamentado pelas leis federais 8.080⁶ e 8.142⁷ ambas de 1990.

Outro ponto a se destacar é o acordo econômico bilateral do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), que dentre outras previsões estabelece a livre circulação de pessoas entre os países membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai).

Uma vez que o Brasil, devido a sua extensão territorial, faz fronteira internacional com estes e mais cinco outros países, não é rara a entrada no país de estrangeiros que buscam atendimento médico e/ou tratamentos para manutenção de sua saúde. Essa migração ocorre, dentre outros motivos pela proximidade geográfica, a confiança no atendimento brasileiro e a gratuidade do atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, explana Giovanella:

Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos, sejam nas abordagens organizacionais da assistência, aliados às estratégias individuais para garantia de acesso, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, levam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde. (2007, p.353)

Todavia, segundo a Organização Internacional das Migrações (OIM) em seu oitavo relatório, intitulado *World Migration Report 2015: Migrants and Cities, New Partnerships to Manage Mobility*, muitos governos ainda não incluem a migração ou os migrantes em seu planejamento interno, e não reservam uma parte do seu orçamento para a consolidação de políticas públicas destinadas a essa parcela da população (IOM, 2015. P.165).

Por consequência, o descaso e a falta de preparo do poder público para atender as demandas locais, causam uma sobrecarga ao erário e um impacto negativo sobre a gestão da saúde nas áreas fronteiriça, não apenas para os migrantes mas para todos que necessitam acessar o sistema público de saúde.

⁶ “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”

⁷ “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.”

Como exposto anteriormente a saúde é um direito social inerente a condição de cidadania, tendo como princípio, o tratamento igualitário e universal, não podendo fazer distinção de qualquer natureza.

Kamikawa e Motta reafirmam que o direito à saúde é um direito de todos, sendo classificado como direito a personalidade:

O direito à saúde está diretamente ligado ao direito à vida e que, dada a sua essencialidade também é classificado como um direito da personalidade. Pois, é perfeitamente conclusivo que se o indivíduo não puder gozar de saúde, outros direitos não lhe despertarão interesse e nem poderão ser sequer exercidos. Para que haja respeito à vida e integridade da pessoa humana (física e moral), condições mínimas para uma existência digna precisam ser asseguradas, através de direitos fundamentais, viabilizando a dignidade da pessoa humana. (2014, p. 363)

Dito isso, é possível iniciar um panorama dos desafios enfrentados em regiões fronteiriças. Como é sabido, a saúde é um setor que sofre com a escassez de recursos públicos e a falta de profissionais para atendimento diante da alta demanda. Além disso, as fronteiras físicas/geográficas não coincidem com as fronteiras epidemiológicas e sanitárias; o que por muitas vezes ocasionam surtos de doenças endêmicas transmissíveis.

Para Levino, uma vez que a saúde em zona de fronteira sofre grande influência pela mobilidade populacional a qual afeta o sistema assistencial, há um incremento no risco de emergência e reemergência de doenças, particularmente entre os grupos mais vulneráveis. (LEVINO, 2011)

Especialmente ao analisar a cidade fronteiriça de Foz do Iguaçu, soma-se outro ponto; trata-se de uma cidade com alto índice de turistas, o que aumenta ainda mais a população flutuante da cidade, que pode vir a acessar o Sistema Único de Saúde.

Mas realidades de um lado e do outro da fronteira, na maioria das vezes não coincidem, são culturas distintas, além de condições econômicas e ordenamentos jurídicos diferentes. Todavia é possível pensar em estratégias de cooperação e interação entre países que fazem fronteira entre si, a fim de não sobrecarregar apenas um Estado.

Para Mattos interação “é movimento, porque existe uma nova atividade acontecendo a cada momento, existe um novo momento da história ocorrendo a cada movimento social cotidiano. O contexto existe e isso é importante de ser determinado.” (MATTOS, CLG, p.63)

Como exposto, a Constituição de 1988, trouxe amplas transformações, inclusive na cooperação internacional. Como visto, no artigo 4º, IX, que segundo ele o Brasil se rege, nas suas relações internacionais, entre outros, pelo princípio da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade.

Como exemplos bem sucedidos de cooperação internacional em saúde, podemos citar a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o ISAGS (Instituto Sul-americano de Governo em Saúde) e duas universidades de integração: a UNILAB (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro - Brasileira) e a UNILA (Universidade Federal da Integração Latino-Americana). Tendo a UNILAB, foco em estudantes dos países lusófonos da África, oferecendo cursos de graduação em ciências biológicas e enfermagem, além de outros que dialogam com o tema da saúde e a UNILA com foco em estudantes da na região da tríplice fronteira (Argentina, Brasil e Paraguai) e oferece cursos em diversas áreas, incluindo Medicina, Saúde Coletiva, Ciências Biológicas e Segurança Alimentar. Evidenciando ser imprescindível fomentar pesquisas e estudos na área da saúde com um olhar para as fronteiras e suas necessidades.

Parafraseando o sanitarista Sergio Arouca na 8ª Conferência de Saúde, “saúde é democracia”. Devendo os cidadãos serem ativos na luta por melhorias na saúde pública, uma vez que a saúde é um bem de todos. Nas palavras de Freire, “a democracia, antes de ser uma forma política, é forma de vida”. (2005, p.88)

5. CONCLUSÃO

Inicialmente faz-se a necessário a desmistificação da ideia de fronteira pensada sob a ótica exclusiva da segurança nacional. Para que assim as ingerências locais do Estado não sejam focadas unicamente na segurança pública e na proteção de territórios. É imprescindível ainda, que se finde a utópica busca pela universalização de regras, para que os gestores estatais e agentes políticos normatizam levando em consideração o real e o rotineiro daqueles que habitam as fronteiras. Dessa forma, conclui-se que são necessários estudos para a elaboração de um diagnóstico da real situação da saúde pública para além dos limites da fronteira e o estímulo de ações estatais para acordos de cooperação bilateral e/ ou multilateral entre os países que fazem fronteiras entre si.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asensi, F.; Pinheiro. Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2012.
- Alves, Sandra; Delduque, Maria; Neto, Nicolao, Direito Sanitário em Perspectiva. Vol.2. Brasília, Fiocruz. 2013.
- Bortoni, Ricardo, Stella Maris. O professor pesquisador: introdução à pesquisa qualitativa. São Paulo: Parábola Editorial, 2008
- Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 21.01.2020.
- Canotilho, José Joaquim Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constituição. 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998.
- Cardin, E. G. Estado, trabalho e capitalismo nas fronteiras. Florianópolis, R. Katál, v. 21, n. 2, p. 305-312. 2018
- Cretella júnior, J. Comentários à constituição brasileira de 1988. Vol. 2. 2ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Forense-Universitária, p. 4331, 1994
- IOM – International Organization for Migration. World Migration Report 2015: Migrants and Cities, New Partnerships to Manage Mobility. 2015. Disponível em: <https://www.iom.int/world-migration-report-2015>. Acesso em 24.05.2019
- Freire, p. Educação como prática da liberdade. 28.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- Giovanella, Ligia 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. Cad. Saúde Pública. vol.23, 2007.
- Guerra Filho, Willis Santiago. Dos direitos humanos aos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997
- Kamikawa, Gisele Keiko; Motta, Ivan Dias da. Direito à saúde e estudo da política pública do Programa “Mais Médicos”. Revista Jurídica Cesumar: Mestrado, Maringá, v. 14, n. 2, p. 341-367, jul./dez. 2014.
- Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Rev. Panamericana Salud Publica* 2011; p. 490-500.
- Mattos, CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. Etnografia e educação: conceitos e usos [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83. ISBN 978-85-7879-190-2. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.
- Ministério da Integração Nacional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Secretaria de Programas Regionais, Ministério da Integração Nacional; 2005.
- Reale, Miguel. Lições Preliminares de Direito. 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p 37.
- Rocha, Aristides Almeida; Galvão, Chester Luis; RIBEIRO, Helena (Orgs.). Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

Santos, Boaventura de Sousa. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Sarlet, I. W.; Figueiredo, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Revista de doutrina da 4ª região, Porto Alegre (RS), 24.ed. julho. 2008. Disponível em <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

STF. Recurso Extraordinário: RE 267.612. Relator: Ministro Celso de Mello. DJU: 23/08/2000. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14825430/recurso-extraordinario-re-267612-rs-stf>. Acesso em 21.01.2020