

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

KELI REGINA DAL PRÁ

**O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRABALHADORA: UM ESTUDO NA
LINHA DAS FRONTEIRAS DO BRASIL COM OS PAÍSES DO MERCOSUL**

PORTO ALEGRE

2009

KELI REGINA DAL PRÁ

**O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRABALHADORA: UM ESTUDO NA
LINHA DAS FRONTEIRAS DO BRASIL COM OS PAÍSES DO MERCOSUL**

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

PORTO ALEGRE

2009

D136d Dal Prá, Keli Regina

O direito à saúde a população trabalhadora : um estudo na linha das Fronteiras do Brasil com os países do MERCOSUL / Keli Regina Dal Prá; orientadora Jussara Maria Rosa Mendes. – Porto Alegre, 2009. 195 f.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, 2009.

Inclui bibliografia

1. Direito à saúde. 2. Trabalhadores – Direitos civis. 3. Fronteiras. 4. Saúde pública – Aspectos sociais. 5. Países do MERCOSUL. I. Mendes, Jussara Maria Rosa. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU:36

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

KELI REGINA DAL PRÁ

**O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRABALHADORA: UM ESTUDO NA
LINHA DAS FRONTEIRAS DO BRASIL COM OS PAÍSES DO MERCOSUL**

Tese de doutorado apresentada como requisito para a obtenção do grau de doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 15 de dezembro de 2009, pela banca examinadora:

**Doutora Jussara Maria Rosa Mendes
(PUCRS - Orientadora)**

Doutora Regina Célia Tamasso Mioto (UFSC)

Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira (UCPEL)

Doutora Dolores Sanches Wünsch (PUCRS)

RESUMO

Este estudo adensa as discussões relacionadas ao direito à saúde nas áreas das fronteiras do Brasil com os países do Mercosul (Argentina, Paraguai e Uruguai). O objetivo central reside em identificar como se constitui a proteção ao trabalhador fronteiriço no campo da saúde nas cidades-gêmeas do Brasil com os Estados-membros do bloco. A metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo foi a pesquisa documental nas legislações que aportam elementos sobre os temas sociais e sobre a configuração da proteção à saúde entre os Estados-membros, e nas informações contidas no Banco de Dados do COLSAT-Mercosul relacionadas às entrevistas semi-estruturadas realizadas com gestores municipais, profissionais de saúde e trabalhadores usuários dos sistemas públicos de saúde brasileiro e estrangeiro. A coleta das informações ocorreu em nove cidades-gêmeas do Brasil e oito cidades-gêmeas do lado estrangeiro das fronteiras. Examinou-se: 1) o perfil da demanda dos trabalhadores fronteiriços usuários dos sistemas públicos de saúde; 2) a rede de atendimento local de saúde; 3) as articulações entre as cidades-gêmeas visando o atendimento destes trabalhadores fronteiriços que buscam atendimento de saúde; e 4) a legislação bilateral estabelecida entre o Brasil e os países do Mercosul para as áreas das fronteiras. Entre os principais resultados, identificou-se a diferenciação, em termos do fluxo da população fronteiriça, em busca de atendimento de saúde entre as três fronteiras estudadas, com destaque para o fluxo interfronteira mais intenso entre o Brasil e o Paraguai. O atendimento em saúde dispensado aos trabalhadores fronteiriços nas cidades-gêmeas ocorre dentro da capacidade instalada de saúde e dentro dos limites territoriais das municipalidades. Os casos que exigem maior complexidade no atendimento são encaminhados aos serviços de média e alta complexidade em regiões referenciadas dos estados, departamentos ou províncias. No caso do sistema brasileiro, não foram mencionadas referências à estrutura específica de atendimento na área de saúde do trabalhador. Constatou-se também que a legislação bilateral, estabelecida por atos internacionais entre o Brasil e os países do Mercosul, não trata diretamente da saúde dos trabalhadores fronteiriços, mas de aspectos relacionados às políticas sociais como educação, saúde, seguridade social, integração regional e questões de cidadania que influenciam sobremaneira na configuração do direito à saúde e do trabalho nas áreas das três fronteiras.

Palavras-Chave: Direito à Saúde; Áreas de Fronteira; Mercosul; População Trabalhadora Fronteiriça.

ABSTRACT

This study condensates the discussions related to the health rights in the Brazilian border areas with the Mercosur countries (Argentina, Paraguay and Uruguay). The main objective consists on identificating how the protection to the borderland worker is established in the field of health in the twin-cities of Brazil with the State-members of the bloc. The utilized methodology on the development of the study was documental research on the legislations that lead elements about the social themes and the protection configuration of health between the State-members, and on the information on the COLSAT-Mercosur Database related to the semi-structured interviews made with municipal managers, health care professionals and workers that utilize the Brazilian and foreign public health care systems. The information gathering occurred in nine Brazilian twin-cities and in eight twin-cities of the foreign side of the border. It was examined 1) the demand profile of the borderland users of the public health systems, 2) the local health care attention ,3) the articulations between twin-cities aiming the care attention of these borderland workers that seek the health care attention and 4) the bilateral legislation established between the Brazil and the Mercosur countries for the border areas. Among the main results, it has been identified the differentiation, in terms of the borderland population flow in search of health care attention among the three studied borders, with highlight for the more intensive inter-border flow between Brazil and Paraguay. The health care attention spared to the borderland workers on the twin-cities occurred within the installed capacity of health care and within the territorial limits of the cities. The cases that require more complexity on the health attention are forwarded to the medium and high complexity services on the referred regions of the states, departments or provinces. In the Brazilian system case, it was not mentioned references to the specific structure of attendance on the worker health care area. It was also established that the bilateral legislation, established for international acts between Brazil and Mercosur countries doesn't directly handle the health care of the borderland workers, but the related aspects to the social politics, such as education, health care, social security, regional integration and citizenship questions that greatly influence the configuration of health rights and the work on the three border areas.

Keywords: Health rights; Border areas, Mercosur, borderland worker population.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. OS DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO REGIONAL NO MERCOSUL: GLOBALIZAÇÃO, FRONTEIRAS E DIREITO À SAÚDE	27
2.1 Globalização, integração regional e fronteiras: aspectos em questão	27
2.2 O direito à saúde no Mercosul	37
3. FRONTEIRAS E PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL	50
3.1 O território fronteiriço: especificidades	50
3.2 Mercosul e proteção social: breve debate	65
3.2.1 Argentina	76
3.2.2 Brasil	78
3.2.3 Paraguai.....	83
3.2.4 Uruguai.....	85
4.A PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: O ARCABOUÇO JURÍDICO VIGENTE	89
4.1 Atos internacionais multilaterais: a proteção social estabelecida entre os países do Mercosul	92
4.2 A proteção social nas áreas das fronteiras - os atos internacionais bilaterais entre o Brasil e os países do Mercosul	97
5. TRABALHADORES FRONTEIRIÇOS: A PROTEÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES-GÊMEAS DO BRASIL COM OS DEMAIS PAÍSES DO MERCOSUL	107
5.1 Contexto sociosanitário - alguns indicadores das assimetrias entre os países do Mercosul	107
5.2 Fronteira Brasil-Argentina	113
5.2.1 Principais Características	113
5.2.2 Perfil da demanda e rede de atendimento em saúde	121
5.2.3 Articulação em saúde na fronteira	128
5.3 Fronteira Brasil-Paraguai	130
5.3.1 Principais Características	130
5.3.2 Perfil da demanda e rede de atendimento em saúde	138
5.3.3 Articulação em saúde na fronteira	147
5.4 Fronteira Brasil-Uruguai	149
5.4.1 Principais Características	149
5.4.2 Perfil da demanda e rede de atendimento em saúde	156
5.4.3 Articulação em saúde na fronteira	162
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
REFERÊNCIAS	171
ANEXO 1 - Instrumento de Pesquisa 1 - Gestor da Secretaria Municipal de Saúde	186
ANEXO 2 - Instrumento de Pesquisa 2 - Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde	188
ANEXO 3 - Instrumento de Pesquisa 3 - Trabalhadores Usuários dos Serviços de Saúde	192

1. APRESENTAÇÃO

O processo de integração regional, a partir da constituição de blocos econômicos, como é o caso do Mercado Comum do Sul (Mercosul), impulsiona questões importantes no que se refere à dimensão social desse processo, como o desenvolvimento de ações de proteção a saúde daqueles cidadãos que transitam de um país a outro, além dos limites das fronteiras do bloco.

O Mercosul ainda deve percorrer um longo caminho até desenvolver modalidades mais profundas e consolidadas de integração regional, mas a região das fronteiras possibilita observar efeitos positivos do processo integracionista, já que se constituem em espaços “privilegiados de convivência e interfases entre sistemas nacionais, políticos e de normas diversos seja no princípio ou na organização” (QUEIROZ, 2007, p. 2). A linha das fronteiras entre o Brasil e os demais países do Mercosul, mais especificamente nas cidades-gêmeas desta região, foi campo do presente estudo por considerar o trânsito dos trabalhadores fronteiriços e sua busca pelo acesso à assistência à saúde.

Fronteiriços são aqueles que nascem, vivem, ou que se encontram nas fronteiras; que se encontram nos limites do território nacional. Neste estudo, são habitantes das localidades vinculadas às linhas das fronteiras do Brasil com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai. Segundo Castamann (2006, p. 19), nas áreas das fronteiras encontram-se

[...] famílias binacionais – aquelas constituídas por membros que têm diferentes nacionalidades; famílias transfronteiriças – aquelas compostas por membros da mesma nacionalidade, mas nas quais alguns de seus membros vivem em lados diferentes da fronteira; famílias binacionais transfronteiriças – aquelas formadas por uma combinação de família binacional e família transfronteiriça.

São aquelas pessoas que vivem no território estrangeiro vizinho (Argentina, Paraguai e Uruguai) e não possuem nacionalidade brasileira, mas que trabalham, estudam, consomem, fazem turismo e buscam acesso a serviços sociais, em especial de saúde, no Brasil, bem como as pessoas com nacionalidade de outros países do Mercosul residentes nos municípios brasileiros, ou seja, o emigrante, pessoa que deixa sua pátria e passa a residir em outro país, sem passar pelo processo de naturalização (CASTAMANN, 2006).

Este espaço de interação constituído pelas fronteiras do Brasil com os demais países do Mercosul possui uma extensão de 3.695,1 km, e os municípios localizados ao longo da linha fronteira demandam preocupação em relação à provisão de

equipamentos sociais e ao atendimento ao expressivo número de fronteiriços que ali circulam. A atenção para com a população fronteiriça se deve ao fato de sua busca no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, por ações e serviços de saúde.

De modo geral, a circulação da população fronteiriça, que se caracteriza por uma demanda crescente ao SUS, tem origem nos estratos mais pobres das regiões das fronteiras da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai. Esta realidade, no entanto, se complexifica quando o *locus* de observação se volta para as cidades-gêmeas distribuídas ao longo da linha das fronteiras.

As cidades-gêmeas expressam de modo particular a realidade local das fronteiras, pois se constituem em espaços privilegiados para o desenvolvimento de interações transfronteiriças nos limites internacionais do bloco. Também são consideradas *locus* para se “conceber políticas públicas dirigidas às fronteiras internacionais”, sem desconsiderar que a relação entre duas realidades, como as das cidades-gêmeas, envolvem “interesses, elementos espaciais e legislações de países distintos” (MIN, 2005, p. 152). Ainda segundo Min, as cidades-gêmeas são

[...] adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infra-estrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações ‘condensadas’ dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (MIN 2005, p. 152).

Além dos elementos geográfico e territorial, influenciam, sobretudo, na dinâmica transfronteiriça, os aspectos sociais, em especial aqueles referentes à área da saúde, uma vez que se trata de sistemas nacionais diferenciados em termos de universalismo, equidade, modelos de cobertura, modalidades de oferta e de financiamento, bem como existem profundas diferenças dos modelos de atenção à saúde. Além disso, nessas situações regionais caracterizadas pelas cidades-gêmeas, convivem sociedades, etnias e culturas diversas, que podem ter uma conformação própria e *sui generis*.

Contudo, discutir as questões relacionadas às ações da proteção à saúde na região das fronteiras remete a um campo de debates e desafios que aprofundam o tema para além das questões vinculadas à garantia dos direitos sociais no plano unicamente *jurídico-*

formal, mas também a leitura dos contextos político, econômico, social e cultural dessa região particular onde essas se desenvolvem.

Os sistemas de proteção à saúde constituídos nas fronteiras atendem de maneira precária às necessidades sociais da população fronteiriça que transita na região, principalmente, por dois motivos: 1) por essas pessoas não possuírem titularidade formal de cidadãos nacionais, o que lhes garantiria juridicamente o acesso à assistência no Brasil e nos demais países do Mercosul; e 2) pelas cidades fronteiriças não possuírem recursos técnicos e financeiros suficientes para o atendimento indiscriminado e integral das necessidades sociais demandadas pelos fronteiriços.

O obstáculo legal (*jurídico-formal*), *a priori*, não impede que a população fronteiriça acesse as ações de proteção à saúde, oferecidas pelos municípios, e que construam uma rede de solidariedade e ajuda como alternativa para a sua inclusão. O desenvolvimento de diversas estratégias visando à inclusão no sistema de saúde dribla o esquema *jurídico-formal* para garantir o acesso à assistência naquela municipalidade que oferece melhor capacidade instalada de serviços.

Estudos já realizados, tomando como *locus* as fronteiras do Brasil com os demais países do Mercosul a partir da política de saúde, dos quais pode-se citar: Gallo; Costa e Moraes (2004); Nogueira (2005); Giovanella (2004); Dal Prá (2006); Silva (2006) e Queiroz (2007) que demonstraram a existência do fluxo interfronteiriço, a demanda por acesso aos serviços e ações de saúde na região, bem como as estratégias desenvolvidas pela população fronteiriça para concretizar este acesso à política pública de saúde no Brasil.

A circulação de pessoas, trabalhadores ou não, em busca do acesso aos serviços de saúde na região fronteiriça contribui para ampliação dos deslocamentos. O trânsito intrabloco pode se configurar por meio da mudança permanente de residência para outro país, bem como pela mudança temporal associada aos ciclos das atividades econômicas ou pela busca de bens e serviços oferecidos pelas cidades fronteiriças que em determinado momento possuem melhor infra-estrutura de equipamentos sociais.

Neste sentido, a conformação de sistemas de proteção à saúde nas fronteiras envolve dois principais fatores. O primeiro a ser considerado é o âmbito *jurídico-formal*, ou seja, a existência de normatizações e legislações específicas em cada um dos países do bloco no que se refere à garantia do direito à saúde aos indivíduos pertencentes a sua

comunidade política definida territorialmente. No Mercosul, apesar das diferenças entre os Estados-membros no que se refere à garantia dos direitos sociais, é importante considerar a existência, mesmo que mínima, de tratativas de cooperação multi ou bilateral na área social. Outro fator relevante são relações estabelecidas no âmbito *informal*, por meio de iniciativas envolvendo as municipalidades limdeiras dos países, sem o estabelecimento de protocolos oficiais e interinstitucionais de cooperação para o desenvolvimento de ações e serviços de proteção à saúde. Esses protocolos visam atender à população fronteiriça que procura sanar suas necessidades sociais fora do país de origem.

Os dois fatores supracitados corroboram, tanto de forma positiva como de forma negativa, para a configuração de sistemas de proteção à saúde que possam se estender à população que transita nas fronteiras entre os países do Mercosul.

O que se observa quanto aos aspectos *jurídico-formais*, em especial às legislações constitucionais e normatizações específicas dos países na área da saúde, é que estas normativas se diferem no que diz respeito ao financiamento público, à concepção e ao conteúdo do direito à saúde, bem como se diferem na cobertura populacional, sendo em alguns casos universal, e noutros restritiva. Esses pontos são os que determinam as principais diferenças existentes entre os sistemas nacionais de saúde.

Em relação aos aspectos *informais*, observa-se o desenvolvimento conjunto de ações e serviços de saúde entre os municípios fronteiriços, a necessidade de atendimento à saúde da população fronteiriça fora do país de origem e o compromisso humanitário de gestores e profissionais de saúde do SUS com o atendimento a essa população. No entanto, esta realidade *informal* pode fazer avançar a configuração de um direito à saúde nas fronteiras sem que esta questão ganhe amplitude na agenda política de discussão dos países para sua resolução formal, tanto em termos financeiros e técnicos, como na questão do avanço no processo de integração regional para além dos aspectos meramente econômicos.

Legalmente as tratativas multi ou bilaterais entre os países do Mercosul, em especial as relacionadas aos aspectos sociais, são desconhecidas dos gestores e da população local. No entanto, as relações informais estabelecidas entre as cidades-gêmeas para o encaminhamento e atendimento das necessidades dos fronteiriços podem se constituir como uma possibilidade na resolução dos problemas cotidianos nas fronteiras.

Draibe (2006) reforça essa assertiva ao referir que a discussão, no Mercosul, dos temas sociais praticamente esteve diminuída, com ênfase no desenvolvimento econômico. As situações laborais e de saúde têm sido debatidas, entretanto, como componentes da agenda multilateral de comércio, na verdade, como elos dos acordos comerciais e dos processos facilitadores da circulação de trabalhadores, estreitamente vinculados à acumulação de capital.

Neste sentido, também a discussão referente à área da saúde do trabalhador é influenciada sobremaneira pelos aspectos econômicos do bloco. Em relação ao Mercosul e especialmente em relação às fronteiras Almeida (2008, p. 68) indica que a

discussão e a prática, no que diz respeito ao direito à saúde do trabalhador, na região de fronteira, não é nova, mas embrionária. Alguns passos já foram dados, embora ainda insuficientes, para dar conta das expressões que se formam em meio a uma região tão particular, como a fronteira.

No campo da saúde do trabalhador foi construída uma agenda inicial para a retomada das discussões relacionadas à região do Mercosul. Tal construção ocorreu no ano de 2007, na realização da oficina intitulada “A Saúde do Trabalhador no Mercosul: impactos e desafios frente à globalização”, organizada pelo Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul – (COLSAT/Mercosul) no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Os desafios para a área da saúde do trabalhador no Mercosul debatidos naquele momento foram inúmeros, dentre eles o conhecimento da realidade dos países por meio do delineamento de linhas de investigações que contemplem as ações na área desenvolvidas em cada país; a identificação das necessidades e dos aspectos comuns da área nos Estados-membros; o desenvolvimento de mecanismos de informações e a organização de modelos de atenção à saúde, envolvendo a problemática da saúde do trabalhador (COLSAT-Mercosul, 2007).

Outro ponto importante seria a definição de diretrizes ou normatizações de procedimentos comuns de saúde e segurança do trabalho para os países do Mercosul, tendo a preocupação com o cuidado e a proteção dos trabalhadores das fronteiras, considerando que as condições de saúde e de segurança do trabalho muitas vezes são determinadas por interesses econômicos (COLSAT-Mercosul, 2007).

A concentração de esforços no sentido de construir uma agenda que vise os aspectos comuns dos países do Mercosul na área da saúde do trabalhador se deve em função destes apresentarem um conjunto de assimetrias nesta área

que demandam investimentos em estudos e pesquisas que possibilitem identificar diferenças e potencialidades visando à construção de estratégias que contribuam para um desenvolvimento social e econômico mais equânime (MENDES, 2007).

Além dessas assimetrias na área da saúde do trabalhador, é importante considerar que a garantia e o acesso ao direito à saúde nos países do Mercosul estão submetidos às contratualidades estabelecidas no contexto macrossocietário, no qual é determinante a direção dada pelos organismos internacionais aos Estados nacionais. Essa direção orienta para a redução dos gastos públicos com programas na área social, e para a redução do papel do Estado em suas funções executoras e de provisão direta dos serviços sociais, em favor do aumento de sua função meramente regulatória.

Assim, a garantia do direito à saúde em bases universalizantes tem sido discutida por governos, agências internacionais de cooperação, segmentos do setor privado e segmentos organizados da sociedade civil, principalmente quanto à viabilidade e sustentação de sua provisão a partir de recursos provenientes dos fundos públicos.

Tais orientações interferem sobremaneira no planejamento das ações de proteção à saúde conjuntas entre os países do Mercosul. Somado a isso estão diferentes condições sociais e econômicas de cada país e tratando-se da região das fronteiras as condições territoriais. A contextualização do cenário fronteiriço é de fundamental importância para entender que o desenvolvimento de estratégias conjuntas na área da proteção à saúde deve tratar do desnivelamento de um conjunto de necessidades que forçam uma parcela da população dos países do Mercosul a buscar atendimento à saúde em cidades brasileiras, e vice-versa.

Importante considerar também que os países latino-americanos, devido a seus processos históricos diferenciados de constituição de suas sociedades, caracterizam-se por economias pouco integradas e de baixa complementaridade entre si, situação esta que resulta em grandes debilidades na negociação externa de suas relações econômicas e comerciais (GALLO; COSTA; MORAES, 2004). Consequentemente, as debilidades nas negociações no âmbito econômico e comercial também refletem as dificuldades dos países em desenvolver ações de integração em outras áreas e setores como o social. Ou

seja, mesmo com importantes avanços no campo da saúde, por exemplo, nas áreas de regulação sanitária e das políticas de medicamento, assim como na área do trabalho com a previsão da circulação de trabalhadores produtivos e de profissionais da área da saúde entre os países, há uma lacuna a ser preenchida para o aprofundamento da integração dos sistemas de proteção à saúde, especialmente em relação à saúde do trabalhador.

As dificuldades para o avanço do processo de integração na área da saúde, entre os Estados-membros do Mercosul, não podem ser analisadas sem considerar o contexto atual de desigualdades sociais e econômicas crescentes na região, uma vez que é reconhecida a determinação e o condicionamento que fatores mais gerais têm sobre o processo de saúde-adoecimento, inclusive no que se refere à organização e ao funcionamento dos sistemas de saúde.

O trânsito da população fronteiriça na busca de assistência à saúde força, no plano político, o desencadeamento, mesmo que dentro de certos limites, de iniciativas governamentais e de discussões sobre a necessidade de ações conjuntas na área da saúde, com intuito de atender esse segmento populacional, ainda que o tema esteja na contramão do processo de mudança no papel do Estado. Essas mudanças muitas vezes se traduzem em alterações *jurídico-formais* nas mais diversas áreas e também na área da saúde, reduzindo o papel estatal nos mecanismos de proteção social e alargando as fronteiras do espaço privado (SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004).

Segundo as autoras, essas mudanças *jurídico-formais* se expressam de diversas maneiras, dentre elas, pode-se citar as alterações realizadas nas cartas constitucionais que anunciam as “novas contratualidades entre os diferentes segmentos de classe, parametradas pelas exigências do movimento histórico” (SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004, p. 81).

O movimento histórico e o contexto socioeconômico e político de cada Estado-nação determina, de forma única, o grau de complexidade e detalhamento de cada carta constitucional. Em cada país, o desenho e a incorporação das garantias e direitos dos cidadãos nas constituições nacionais é resultado da correlação de forças num dado momento histórico do desenvolvimento da sociedade, e das mudanças sofridas pelo Estado quanto a seu papel de garantidor da proteção à saúde.

Assim, considera-se a importância da garantia do direito à saúde pelos Estados-membros do Mercosul em bases legais, e também que as diferenças e desarmonias entre o

arcabouço jurídico desses países apresentam-se como um problema central a ser resolvido. Essas diferenças quanto à concepção de direito à saúde, da amplitude da cobertura e da natureza das fontes de financiamento dos sistemas nacionais, estabelecerão o pano de fundo em cada país para o exame das realidades das fronteiras e, conseqüentemente, subsidiar as ações no que diz respeito ao direito à saúde da população trabalhadora fronteiriça e as intencionalidades quanto à construção de forma conjunta de ações de proteção à saúde na região.

O desafio da proteção à saúde na linha das fronteiras está justamente em se pensar em um sistema que garanta o direito à saúde transcendente as normatizações constitucionais dos países-membros. A tarefa de concretizar o direito à saúde nessa região, não deve levar em conta unicamente as normatizações *jurídico-formais* de cada país, mas também as ações já estabelecidas *informalmente* nos diferentes âmbitos e as demandas da população fronteiriça que tem direito a um tratamento equitativo, e que seus direitos sociais sejam incorporados à cidadania mesmo que esses cidadãos estejam fora do seu território nacional.

A partir da exposição desses elementos, entende-se que a relevância do tema de pesquisa consiste em aprofundar a discussão do direito à saúde na região da linha das fronteiras do Brasil com os demais países do Mercosul ao investigar a proteção à saúde oferecida aos trabalhadores fronteiriços quando do seu ingresso/acesso nos sistemas públicos destes países.

A discussão do direito à saúde nas regiões das fronteiras, para além dos aspectos econômicos, demanda esforços de diversos setores. Nesse sentido, observa-se o interesse, por exemplo, do Ministério da Integração Nacional do Brasil ao propor o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (MIN, 2005), do Ministério de Relações Exteriores, por meio da implantação dos Comitês de Fronteira, dos trabalhos desenvolvidos nos consulados brasileiros nos países do Mercosul em relação às questões de cidadania e justiça, e do Ministério da Saúde, ao implantar o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) (BRASIL, 2005) e COLSAT-Mercosul (BRASIL, 2006).

O COLSAT-Mercosul, como estratégia de aprofundamento dos estudos sobre o tema da saúde e do trabalho no Mercosul, foi aprovado em novembro de 2006. O convênio para execução do projeto de desenvolvimento do Centro Colaborador em

Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul foi uma iniciativa do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/PUCRS) junto à Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) do Ministério da Saúde do Brasil.

O projeto do COLSAT-Mercosul, em execução desde janeiro de 2007, consolida a proposta do trabalho de cooperação técnica entre governo e universidade como importante instrumento para o desenvolvimento e ampliação do conhecimento na área de saúde do trabalhador no espaço multinacional (MENDES, et. al., 2006).

Dentre as ações desenvolvidas, o COLSAT-Mercosul propôs como meta a realização de diagnóstico situacional na área de saúde do trabalhador em nível microrregional, nas cidades-gêmeas das fronteiras do Brasil com os países do Mercosul (MENDES, et. al., 2006). Esse diagnóstico adensará os conhecimentos produzidos, até então, na área da saúde na região das fronteiras, ampliando a perspectiva analítica para as questões relacionadas ao trabalho e à saúde dos trabalhadores.

Assim, a presente tese vincula-se à proposta de trabalho do COLSAT-Mercosul no sentido de aprofundar a análise das questões relativas à proteção à saúde da população que transita nas cidades-gêmeas do Brasil com os Estados-membros do Mercosul.

O interesse e envolvimento com os temas correlacionados que compõem a centralidade de discussão da tese, como direito à saúde e áreas de fronteira do Mercosul, se aprofundaram durante a trajetória acadêmica e de pesquisa.

A participação nos projetos *Direito à saúde: discurso, prática e valor. Uma análise dos países do Mercosul* (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 2001), *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde* (NOGUEIRA, 2003), *Transpondo fronteiras: os desafios do assistente social na garantia do acesso à saúde no Mercosul* (DAL PRÁ, 2006), *Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com os países do Mercosul* (GIOVANELLA, 2004) e *A Saúde do Trabalhador no Mercosul: um estudo do sistema de proteção social no cenário fronteiriço* (MENDES, 2007), proporcionou o aprofundamento das discussões quanto ao direito e as políticas de saúde no Mercosul, bem como o conhecimento empírico, por meio da participação como pesquisadora de campo na coleta de informações na região das fronteiras.

As produções teóricas, através da publicação de artigos (DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007; NOGUEIRA; DAL PRÁ, 2006; NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007), a experiência de pesquisa acadêmica no Núcleo Estado, Sociedade Civil, Políticas

Públicas e Serviço Social da UFSC (NESPP/UFSC) e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho da PUCRS (NEST/PUCRS), o contato com sua produção e a participação, como integrante do COLSAT-Mercosul, contribuíram para a formação quanto aos aspectos relacionados ao direito à saúde e a saúde do trabalhador no Mercosul.

Assim, a proposição do estudo de tese, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na linha de pesquisa Serviço Social e Políticas Sociais, é contribuir, por meio dos aportes teóricos construídos pelo Serviço Social e da sua interlocução com as outras áreas do conhecimento, para ampliação da discussão do direito à saúde aos trabalhadores que circulam na região das fronteiras do Brasil com os países do Mercosul.

O **objetivo central** da tese é identificar como se constitui a proteção ao trabalhador no campo da saúde nas cidades-gêmeas do Brasil com os demais países do Mercosul.

Os **objetivos específicos** se constituem em: 1) identificar o perfil da demanda dos trabalhadores que buscam os serviços de saúde nas cidades-gêmeas da região das fronteiras; 2) conhecer a rede de atendimento de saúde que os trabalhadores têm acesso nas cidades-gêmeas da região das fronteiras; 3) mapear e caracterizar as redes informais de proteção aos trabalhadores no campo da saúde no atendimento de suas demandas; e 4) resgatar, nos atos internacionais multilaterais e bilaterais estabelecidos entre o Brasil e os demais países do Mercosul, elementos que apontem para a proteção ao trabalhador no campo da saúde.

Em relação à **metodologia de investigação**, utilizou-se como técnica de coleta de dados a pesquisa documental em documentos legislativos, nos sítios oficiais, e nas informações contidas no Banco de Dados do COLSAT-Mercosul coletadas para pesquisa anterior, intitulada *A Saúde do Trabalhador no Mercosul: um estudo do sistema de proteção social no cenário fronteiriço*.

A pesquisa documental referenciou as legislações que aportam elementos sobre os temas sociais e sobre a configuração da proteção à saúde entre os Estados-membros que compõem o Mercosul. Foram analisados documentos referentes aos atos internacionais multilaterais estabelecidos entre os quatro Estados-membros e os Países Associados, e os atos internacionais bilaterais fixados entre o Brasil e os demais países do Mercosul no que

se refere especificamente às áreas das fronteiras. A pesquisa sobre a legislação multilateral entre os países foi realizada no sítio oficial da Câmara dos Deputados do Brasil, e a legislação bilateral entre o Brasil e os demais países do Mercosul foi consultada na base do sítio oficial do Ministério das Relações Exteriores do Brasil (MRE).

Além das legislações, foram pesquisadas informações em sítios estatísticos de cada um dos Estados-membros a fim de levantar os principais indicadores sociais das municipalidades brasileiras e estrangeiras que compõem a amostra do estudo. Os dados populacionais, socioeconômicos e demográficos foram consultados nos seguintes sítios: na Argentina – Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC); no Brasil – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); no Paraguai – Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) e no Uruguai – Instituto Nacional de Estadística (INE).

E, quanto aos dados específicos dos indicadores de saúde, foram tomadas como referência as bases de dados oficiais dos ministérios da saúde, secretarias estaduais e provinciais de saúde de cada país, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI).

A segunda fonte da pesquisa documental se constituiu na base do Banco de Dados do COLSAT-Mercosul, relacionado ao diagnóstico fronteiriço sobre a saúde do trabalhador no Mercosul. O material sistematizado pelo COLSAT-Mercosul e referenciado neste estudo são as informações das entrevistas semi-estruturadas realizadas no período de março a agosto de 2009.

A aplicação das entrevistas semi-estruturadas foi realizada pela equipe de pesquisadores de campo, integrante do projeto “*A saúde do trabalhador no Mercosul: um estudo do sistema de proteção social no cenário fronteiriço*” (MENDES, 2007), sob a coordenação da professora doutora Jussara Maria Rosa Mendes, orientadora desta tese. O referido projeto é parte das ações desenvolvidas pelo NEST/PUCRS no COLSAT-Mercosul, em parceria com a COSAT, para o diagnóstico de saúde do trabalhador na região das fronteiras do Mercosul.

Foram entrevistados **15 gestores** e **17 profissionais de saúde**, que no momento da ida a campo para a coleta de informações estivessem intervindo profissional e diretamente na área e no atendimento da população trabalhadora fronteiriça que busca

atendimento público de saúde, e **28 usuários dos sistemas públicos de saúde brasileiro e estrangeiro.**

A delimitação dos sujeitos da pesquisa teve como critério a **intencionalidade** que, segundo Marconi e Lakatos (2002), se caracteriza pelo interesse do pesquisador na opinião de determinado grupo da população, neste caso os gestores, profissionais da área da saúde e usuários dos sistemas de saúde. O pesquisador se dirige àqueles sujeitos que, segundo seu entender, pela experiência, condições e modos de vida, pela profissão, função ou cargo ocupado, etc., podem contribuir para atingir os objetivos propostos pelo estudo. Cada grupo de participante foi entrevistado a partir de um instrumento de pesquisa específico: Anexo 1 – Instrumento de Pesquisa 1 – Gestor da Secretaria Municipal de Saúde; Anexo 2 – Instrumento de Pesquisa – Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, e Anexo 3 – Instrumento de Pesquisa – Trabalhadores Usuários dos Serviços de Saúde.

Em relação às cidades-gêmeas pesquisadas, levou-se em consideração a existência de interação transfronteiriça do tipo **sinapse** e **capilar**, por serem caracterizadas pelo trânsito mais intenso de pessoas, mercadorias, produtos, comércio, etc., em relação às interações do tipo **margem**, **zona tampão** e **frente**¹.

Além da existência de interação transfronteiriça, considerou-se também outros dois fatores: 1) a existência de infra-estrutura de ligação² entre as cidades vizinhas de um país e outro (pontes, estradas, balsas, transporte coletivo, etc.) e 2) a distância entre as sedes das duas municipalidades pesquisadas.

Tabela 1 – Cidades-gêmeas delimitadas para a pesquisa de campo³

Cidade brasileira	UF	Cidade Estrangeira	País
Jaguarão	RS	Rio Branco	Uruguai

¹ Os conceitos das três interações transfronteiriças podem ser encontrados no estudo realizado pelo Ministério da Integração Nacional (MIN, 2005).

² Também são exemplos de infra-estruturas: as redes físicas que transportam os fluxos de mercadorias através dos modais de transporte viário (rodo e ferroviário); os portos, as aduanas e os centros unificados de fronteira; as interligações de fluxo de energia hídrica através das usinas conversoras de energia e das usinas termoelétricas e as redes de gasodutos (DIETZ, 2008).

³ Observa-se que as cidades-gêmeas selecionadas para análise desta tese não incluiu a tríplice fronteira Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú, tendo em vista a dinâmica diferenciada e particular com a qual ocorrem as interações transfronteiriças diferentemente das demais cidades-gêmeas localizadas na linha das fronteiras.

Santana do Livramento	RS	Rivera	Uruguai
Quaraí	RS	Artigas	Uruguai
Dionísio Cerqueira	SC	Bernardo Irigoyen	Argentina
Barracão	PR	Bernardo Irigoyen	Argentina
Santo Antônio do Sudoeste	PR	San Antonio	Argentina
Guaira	PR	Salto de Guayrá	Paraguai
Ponta Porã	MS	Pedro Juan Caballero	Paraguai
Porto Murtinho	MS	Puerto Carmelo Peralta	Paraguai

Fonte: Elaboração da autora

A cidades-gêmeas distribuem-se da seguinte forma: 03 municípios localizados no estado do Rio Grande do Sul, sendo todos na linha da fronteira com o Uruguai; 01 município no estado de Santa Catarina, na linha da fronteira com a Argentina; 03 municípios no estado do Paraná, sendo 02 localizados na linha da fronteira com a Argentina e 01 com o Paraguai; e 02 municípios no estado do Mato Grosso do Sul, localizados na fronteira com o Paraguai, totalizando 09 cidades brasileiras. As cidades estrangeiras totalizam 08 considerando que Bernardo Irigoyen, Dionísio Cerqueira e Barracão fazem tríplice fronteira.

Em relação à apresentação do conteúdo, a tese está estruturada em quatro capítulos centrais. O primeiro aborda as questões relacionadas à globalização e suas repercussões sobre o direito à saúde nas áreas das fronteiras. Apresentou-se alguns elementos a fim de refletir sobre o acesso ao direito a saúde no âmbito da integração regional num bloco como o Mercosul, que ainda centra-se na dimensão econômica, desconsiderando o trânsito de pessoas de um país para outro em busca da satisfação de suas necessidades materiais e imateriais. As relações entre os países do Mercosul ainda focalizam a circulação de pessoas como fator produtivo, distante de responder com a constituição de uma zona comum de direitos que considere o espaço territorial do bloco área para o desenvolvimento de ações conjuntas em prol dos direitos sociais.

O segundo capítulo contempla a discussão das especificidades do território fronteiriço e o tema da proteção social. O conceito de proteção social relacionado ao limite territorial de cada Estado-nação se confronta com a ideia, tão difundida, de integração regional. Nos limites territoriais do Brasil com os países do Mercosul, observa-se a existência de um fluxo transfronteiriço diferenciado a partir da interlocução social,

econômica e cultural, e da possibilidade, falando-se em infra-estrutura de se estabelecer interação entre a população dos países vizinhos.

O histórico das relações do Brasil com cada um dos países do Mercosul, a realidade econômica de cada cidade localizada na linha das fronteiras e a capacidade instalada de serviços e equipamentos na área social, principalmente de saúde, favorece, em maior ou menor grau, as interações populacionais e o estabelecimento de acordos formais e ou informais para ações de proteção à saúde.

O terceiro capítulo identifica e analisa a legislação formalmente estabelecida entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai no que se refere aos temas sociais. Ou seja, buscou-se identificar que atos internacionais foram estabelecidos no campo das políticas sociais que pudessem contemplar ações voltadas à garantia da proteção à saúde daqueles que transitam entre as fronteiras em busca desse serviço. Tal análise responde ao objetivo desse estudo de resgatar, nos atos internacionais multilaterais e bilaterais estabelecidos entre o Brasil e os demais países do Mercosul, elementos que apontem para a proteção ao trabalhador no campo da saúde.

O quarto capítulo apresenta a análise dos dados visando identificar o perfil da demanda dos trabalhadores que buscam os serviços de saúde nas cidades-gêmeas da região das fronteiras e a rede de atendimento em saúde disponibilizada nessas cidades aos trabalhadores fronteiriços. Também se identificou a articulação estabelecida entre as cidades-gêmeas para o atendimento de saúde dessa população.

As informações foram apresentadas e sistematizadas a partir de cada uma das três fronteiras do Brasil. Inicialmente, apresentou-se alguns indicativos das assimetrias entre os países do Mercosul e, posteriormente, a análise das fronteiras a partir de três eixos: 1) principais características da fronteira em questão; 2) perfil da demanda e rede de atendimento em saúde, e 3) articulação em saúde na fronteira. Seguiu-se com a apresentação da análise, primeiramente pela fronteira Brasil-Argentina e, depois, com as informações da fronteira Brasil-Paraguai e Brasil-Uruguai.

Ao final, apresentam-se as considerações que encerram a tese, as referências e os anexos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As cidades-gêmeas localizadas na linha das fronteiras do Brasil com a Argentina, com o Paraguai e com o Uruguai, se constituem espaço privilegiado de observação das repercussões de experiências integracionistas na área da saúde. As ações e serviços de assistência oferecidos pelo sistema público de saúde brasileiro, dentro dos princípios de gratuidade e universalidade preconizados pelo SUS, atraem significativo fluxo populacional fronteiriço ao país. Também as cidades estrangeiras têm recebido fronteiriços que atravessam o limite territorial em busca de assistência à saúde.

Essa situação concreta possibilitou responder ao objetivo central do estudo desta tese: como se constitui a proteção ao trabalhador no campo da saúde nas cidades-gêmeas do Brasil com os demais países do Mercosul. Conclusivamente, pode-se afirmar que nas cidades-gêmeas das fronteiras os gestores e profissionais de saúde convivem cotidianamente com as diversidades existentes entre as políticas de saúde dos países. O direito à saúde se configura de maneira diversa nos aspectos organizacionais, de funcionamento, de financiamento e provisão e, no caso da saúde do trabalhador, a constatação indica para assimetrias em termos de compreensão conceitual do termo e de estruturação de ações e serviços integrados aos sistemas públicos de saúde dos países estrangeiros, tal como ocorre no Brasil.

A observação dos cenários fronteiriços com vistas a identificar a proteção à saúde para a população das fronteiras possibilita constatar que:

- No âmbito jurídico formal, a legislação estabelecida nos atos internacionais bilaterais entre Brasil e os países do bloco não trata diretamente da saúde dos trabalhadores fronteiriços, mas de aspectos relacionados às políticas sociais como educação, saúde, seguridade social, integração regional e cidadania fronteiriça que influenciam sobremaneira na configuração do direito à saúde e do trabalho nas áreas das três fronteiras.
- O atendimento em saúde dispensado aos trabalhadores fronteiriços nas cidades-gêmeas ocorre dentro da capacidade instalada de saúde, e dentro dos limites territoriais das municipalidades. Os casos que exigem maior complexidade no atendimento são encaminhados aos serviços de média e alta complexidade em regiões referenciadas dos estados, departamentos ou províncias. No caso do

sistema brasileiro, não foram mencionadas referências à estrutura específica de atendimento na área de saúde do trabalhador.

- No âmbito informal das relações estabelecidas entre as cidades-gêmeas, visando o atendimento em saúde da população fronteiriça, constatou-se as seguintes situações: a) atendimento aos fronteiriços que residem no Brasil (indicação do atendimento de paraguaios residentes no Brasil); b) atendimento aos fronteiriços (paraguaios) com dupla nacionalidade; c) atendimento aos fronteiriços (brasileiros) que, pela ausência de profissionais de saúde, buscam no sistema privado consultas especializadas de baixo custo; d) atendimento aos fronteiriços residentes e não residentes na municipalidade, independente da nacionalidade, desde que apresente documento específico de fronteiriço; e) garantia do primeiro atendimento aos fronteiriços, principalmente crianças; f) atendimento aos fronteiriços, conforme acordo bilateral estabelecido entre Brasil-Uruguai; g) atendimento de qualquer situação de acidente e emergência. A diversidade dessas situações e a forma com que cada cidade-gêmea trata a população fronteiriça quando do atendimento em saúde, demonstra as especificidades das relações estabelecidas em cada uma das fronteiras. Desde as negativas de atendimento aos fronteiriços até o atendimento indiscriminado da população, deve ser considerado como indicador das relações mais ou menos integracionistas na área da saúde.
- A localização das cidades-gêmeas na linha das fronteiras e as interações interfronteiriças que ocorrem entre elas, com a circulação de mercadorias, pelas trocas comerciais e da população que ali vive, não elimina as diferenças culturais, históricas, sociais e políticas.
- A diferenciação, em termos do fluxo da população fronteiriça, em busca de atendimento em saúde entre as três fronteiras estudadas, com destaque para o fluxo interfronteira mais intenso entre o Brasil-Paraguai. A intensa permeabilidade da linha da fronteira entre esses dois países é explicada pelos aspectos históricos de ocupação, principalmente, das terras paraguaias por produtores rurais brasileiros. No caso da saúde, o maior determinante desse fluxo é a precariedade dos serviços e ações oferecidos pelo sistema público paraguaio nas regiões sanitárias dos departamentos de fronteira. No caso do fluxo de fronteiriços na linha Brasil-

Uruguai, a ocupação territorial da fronteira também ocorreu semelhante ao Paraguai, predominantemente pelas questões agrícolas, de aquisição de terras por elevado número de brasileiros para o plantio de arroz e para a criação de gado. Já na fronteira Brasil-Argentina, a menos permeada, identifica-se uma relação marcada historicamente por delimitações ao uso das terras. A restrição para venda de terras aos brasileiros e a parcela da linha da fronteira tratada como área de segurança nacional e de preservação natural inibiu as interações transfronteiriças nesta região.

- Para além das relações comerciais estabelecidas entre as cidades-gêmeas, as fronteiras são marcadas, em grande medida, pelos vínculos familiares e fluxos migratórios importantes como aqueles historicamente incentivados e desenvolvidos para ocupação e desenvolvimento econômico da região fronteiriça.
- Existência de relações informais entre os sistemas de saúde, principalmente de ações desenvolvidas conjuntamente entre as cidades-gêmeas, para vigilância interfronteiras, campanhas de combate à dengue e para o cumprimento de acordo bilateral de atendimento na área de fronteira. As situações informais indicadas são estabelecidas entre os próprios gestores das municipalidades, por meio de “conversas”, sem registro oficial ou protocolo de atendimento, através de reuniões, de contatos telefônicos, ou por tratativas estabelecidas entre os profissionais de saúde.

Um dos desafios para a proteção à saúde nas áreas das fronteiras do Mercosul será avançar no processo de integração visando à resolução dos problemas vivenciados cotidianamente pelos gestores, profissionais e usuários dos sistemas públicos de saúde. Para os gestores e profissionais de saúde, os problemas estão relacionados com a abertura do sistema público para atendimento indiscriminado da população fronteiriça, e, para os usuários fronteiriços, o problema é a não titularidade de cidadãos do país a que recorrem em busca de assistência à saúde.

Esses impedimentos, a *priori* impostos pela conformação diferenciada do direito à saúde de cada um dos países, referendam a tese de que a proteção ao trabalhador no campo da saúde nas cidades-gêmeas das fronteiras do Brasil com os países do Mercosul se realiza dentro dos serviços e ações gerais dos sistemas públicos de saúde, sem a

constituição específica de estrutura de atendimento voltada à saúde do trabalhador. Também as diferenciações jurídico-formais entre os países e a condição de não cidadão dos usuários não impedem que estes acessem o direito à saúde por meio do desenvolvimento de estratégias (i)legais de inserção, que, por vezes, são reforçadas pela ausência de integração entre os países do bloco.