



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO

SIRLEI FÁVERO CETOLIN

**A DESCONSTRUÇÃO DE DIVISAS
(IN) VISÍVEIS EM TORNO DO ACESSO
À SAÚDE NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS
FRONTEIRIÇOS DO MERCOSUL**

Porto Alegre
2006

SIRLEI FÁVERO CETOLIN

**A DESCONSTRUÇÃO DE DIVISAS (IN) VISÍVEIS EM TORNO DO ACESSO À
SAÚDE NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO MERCOSUL**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-graduação Mestrado, e Doutorado da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2006

SIRLEI FÁVERO CETOLIN

**A DESCONSTRUÇÃO DE DIVISAS (IN) VISÍVEIS EM TORNO DO ACESSO À
SAÚDE NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO MERCOSUL**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-graduação, Mestrado e Doutorado da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Isabel Barros Bellini/PPGFSS/PUCRS
Orientadora

Prof^ª Dr^ª Jussara Maria Rosa Mendes/PPGFSS/PUCRS

Prof^ª Dr^ª Marion Creutzberg /FAENFI/PUCRS

Prof. Dr. Eduardo Mendes Ribeiro/PUCRS

Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira/UFRGS

*No beiral da minha varanda se aninhou um casal de andorinhas.
E a gente acompanhou o trabalho dos pássaros, diariamente. (...)
Mas, no fim das contas, aquele sacrifício todo tem a sua paga- resulta infalivelmente
em um novo casal de andorinhas, tão belas quanto as primeiras, negras, lustrosas e
perfeitas. (...)
Como é difícil, meu Deus, como é raro produzir, já não digo uma andorinha
inteira, mas um simples riscar de asa no céu, uma cantiga de ave, um atrevimento
de voo.*

(Rachel de Queiroz)

PREFÁCIO

Este trabalho representa uma parte importante de mais um ciclo de minha vida acadêmica, pessoal e profissional. Trata-se de um exercício intelectual que situa minha trajetória profissional e me permite pensar na contribuição que ela possa dar no contexto social em que estou inserida.

O tema e as questões aqui desenvolvidos se cruzam num espaço de tempo dividido e dialogado com as atuações de assistente social, professora, acadêmica e pesquisadora as quais assumi e procuro conciliar nesta última década, ou melhor, desde que me desafiei a ingressar no universo dos saberes e das práticas do Serviço Social. O itinerário de busca pautou-se, inicialmente, após a graduação em Serviço Social e a identificação instantânea com a área da saúde pública, com uma especialização em saúde coletiva, vindo, logo após, o mestrado e a construção de uma dissertação defendida em 2002, que me possibilitou refletir acerca da sistematização de minha experiência profissional de implantação e implementação do Programa Saúde da Família em municípios de área de abrangência da, então 5ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Também, a partir de 2002, tive o privilégio de assumir a docência universitária no Curso de Serviço Social da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC/SMO, o que profissionalmente veio consolidar uma aspiração pessoal de longa data, pois minha formação secundária é no magistério em níveis fundamental e médio, nos quais atuei de 1980 a 1996, conciliando o magistério com a função de gerente de recursos humanos em empresa privada.

No início de 2004, quando já estava fazendo o doutorado e iniciando a elaboração desta tese, fui convidada para assumir a coordenação do Curso de Serviço Social da UNOESC/SMO, o que no momento apresentava-se como um grande desafio por tratar-se de um curso novo, cuja primeira turma não havia se formado ainda e cujo corpo docente não estava constituído, enfim, o curso de Serviço Social ainda não havia se consolidado na UNOESC/SMO.

Todavia, em decorrência da finalização do mestrado, buscou-se o ingresso no programa de pós-graduação em nível de doutorado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS, fato que inicialmente, após a

aprovação, permitiu-me vivenciar um misto de alegria, ansiedade, expectativa e, sobretudo, comprometimento pessoal que, por inúmeras vezes, diante da possibilidade de darmos vazão a outras reflexões que já haviam sido alçadas sutilmente na dissertação, rumo à concretização de um propósito, se sobrepôs aos apelos significativos de atenção das pessoas que me são mais caras.

Portanto, durante todo o período em que estive vinculada ao programa de doutorado, trabalhei e continuo trabalhando em duas instituições diferentes, ou seja, na 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina e na UNOESC/SMO; a primeira, de caráter estatal e a segunda, de caráter não-estatal. Desenvolver as ações pertinentes a minha atuação profissional nesses espaços trouxe-me questões de diferentes ordens, voltadas para à esfera pública aos agentes sociais que delas participam, seja prestando serviços de saúde, seja lecionando e coordenando um curso que traz como proposta formar profissionais com conhecimentos teórico-práticos para intervir na realidade social e profissional de modo a responder às demandas postas ao Serviço Social. Assim, foi no desenvolvimento de minhas atividades profissionais que passei a cogitar a perspectiva que defenderia nesta tese.

Contudo, a construção deste trabalho, tanto em nível pessoal quanto profissional foi permeada por momentos de solidão, sofrimento, buscas, rupturas e superações. Assim, traz como resultado a síntese de inquietações individuais respondidas solitariamente. Apresenta alguma grandeza, mas, sem dúvida, inúmeras fragilidades que são de nossa exclusiva responsabilidade.

No entanto, para que se tornasse possível transpor nossos próprios limites, reconhecemos que foi fundamental estabelecer diálogos, contatos e ajuda de várias pessoas e instituições.

A todos, de um modo geral, e a alguns, em particular, o registro do meu agradecimento.

✓ A DEUS, pelo milagre da vida!

✓ A minha mãe, Josefina, e ao meu pai, Achilles, o meu reconhecimento por suas trajetórias de vida, humilde, mas com a maior dignidade que se pode ter;

- ✓ Ao meu marido, Sérgio, pelo seu carinho e apoio afetivo (sem a correspondência merecida) me aceitando assim, do jeito que sou, sempre em busca de mais e mais;
- ✓ Aos filhos, Simone e Pedro Henrique, que mostraram sua grandeza ao reconhecer e amar incondicionalmente os irmãos de alma João Gabriel e Maria Gabriela;
- ✓ Aos filhos, João Gabriel e Maria Gabriela, que chegaram durante a caminhada, ajudando a preencher muitas faltas e constituindo-se numa alegria cuja “co-autoria” muito me orgulha;
- ✓ A minha orientadora, professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini, que fez eu me sentir acolhida com firmeza e discernimento no momento necessário e, impulsionou-me para seguir a trilha tendo a segurança de sua competência intelectual e didática;
- ✓ Aos professores do Curso de Pós-graduação em nível de doutorado em Serviço Social - PUCRS, em especial, à professora Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, pela presença marcante nesta construção;
- ✓ Aos professores, membros da banca de qualificação pelas ponderações teóricas e metodológicas apresentadas e pelo estímulo à complementação deste trabalho;
- ✓ A todos os entrevistados, aos técnicos e assessores das instituições estudadas e consultadas, pelo apoio incondicional;
- ✓ Aos dirigentes da UNOESC/SMO e às colegas e professoras do Curso de Serviço Social Clarete, Eliane, Jacinta, Luciane, Maiquel, Marineide e Marisete, pelo apoio intelectual e afetivo;
- ✓ Aos colegas de trabalho da 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, pelas substituições quando precisei, devido, às minhas obrigações quando das minhas ausências funcionais em razão das muitas tarefas acadêmicas;
- ✓ À minha vizinha, Lurdete Cátia, pela contribuição nos intermináveis fins de semana, auxiliando-me com a sua competência em informática, e pela amizade que se estabeleceu.

RESUMO

A análise empreendida nesta tese parte da compreensão do acesso à saúde como expressão de direito humano fundamental, independentemente de território e nacionalidade, e que deve ser garantido a todo sujeito planetário. Com vistas, a contemplar o objetivo geral do estudo, aborda-se o acesso à saúde em municípios fronteiriços em nível nacional e internacional, objetivando fornecer subsídios para uma análise mais ampla da saúde pública no âmbito do Mercosul. A saúde é um direito humano fundamental, mas para que seja garantido o acesso a esse direito é necessário um sólido investimento social. Cabendo aos governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e na promoção da saúde, proporcionando melhorias no nível de vida dos cidadãos; e ao mesmo tempo, aumentando a produtividade da sociedade, tanto em termos sociais quanto econômicos. Na busca do entendimento de como se dá a compreensão da política de saúde por parte dos gestores e profissionais da saúde, em especial, dos gestores e profissionais de municípios fronteiriços é que se debruça essa tese, priorizando-se como *locus* de pesquisa o contexto de municípios fronteiriços de países latino-americanos, em específico, Argentina e Brasil, Estados-membros do Mercosul. Abrangendo-se dimensões conceituais através de um olhar político e sócio-antropológico, considerado primordial para o entendimento de como o processo/acesso à saúde foi se constituindo/expressando através dos tempos. O estudo foi norteado pela pesquisa qualitativa e utilizou-se para a coleta de dados fontes documentais e orais, primárias e secundárias com a utilização de técnicas como entrevistas semi-estruturadas com Gestores Estaduais e Municipais, Profissionais de Saúde, e a observação *in locus* em Unidades de Saúde dos municípios de Dionísio Cerqueira(SC) e Barracão(PR) no Brasil e Bernardo de Irigöeyn (Misiones) na Argentina. A trajetória da investigação, revela que, em âmbito do Mercosul, torna-se fundamental que o processo de integração seja ultrapassado no sentido de constituir um aprofundamento na garantia do acesso à saúde na região de municípios fronteiriços e, conseqüentemente ao exercício da cidadania vinculada à garantia dos direitos humanos, incorporando-se novos sujeitos históricos a esse processo. No aspecto de se garantir os direitos humanos, a ausência e/ou presença de políticas públicas pode estar contrapondo-se aos efeitos “perversos” presenciados na contemporaneidade, em especial, efeitos advindos da desarticulação do Estado, principalmente em áreas primordiais para sobrevivência humana, como a saúde; sobretudo, afetando aos setores desses países que se apresentam mais vulneráveis, acentuando-se, dessa maneira, ainda mais as crescentes desigualdades sociais. Também é importante a obtenção de outras informações sobre o volume, a natureza, as motivações, os mecanismos e os resultados

obtidos no que tange ao acesso à saúde “além fronteiras”, afirmando-se que a maneira como se apresenta a organização dos sistemas de saúde brasileiro e argentino atrai, a mobilidade territorial na busca pelo acesso à saúde, impondo proposições de políticas públicas que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença independentemente de território e nacionalidade.

Palavras-chave: Saúde; Fronteira; Direitos Fundamentais; Cidadania.

RESUMEN

El análisis emprendido en esta tesis parte de la comprensión del acceso a la salud como expresión de derecho humano fundamental, independiente del territorio y de la nacionalidad, y que debe ser garantizado a todo sujeto planetario. Con el intuito de contemplar el objetivo general del estudio, se aborda el acceso a la salud en municipios fronterizos en nivel nacional e internacional, con el objetivo de fornecer subsidios para un análisis más amplio de la salud pública en el ámbito del MERCOSUR. La salud es un derecho humano fundamental, pero, para que sea garantizado el acceso a ese derecho, es necesaria una sólida inversión social. Cabiéndoles a los gobiernos invertir recursos en políticas públicas saludables y en la promoción de la salud, proporcionando mejorías en el nivel de vida de los ciudadanos y, al mismo tiempo, aumentando la productividad de la sociedad, tanto en términos sociales como económicos. En la busca por el entendimiento de cómo se da la comprensión de la política de salud por parte de los gestores y profesionales de la salud, en especial de los gestores e profesionales de municipios fronterizos, es que se vuelca esta tesis, dándose prioridad, como *locus* de investigación, el contexto de municipios fronterizos de países latinoamericanos, en especial, Argentina y Brasil, Estados miembros del MERCOSUR. Se alcanzan dimensiones conceptuales a través de una mirada política y socio-antropológica, considerada primordial para el entendimiento de cómo el proceso/acceso a la salud se fue constituyendo/expresando a través de los tiempos. El estudio fue nortado por la investigación cualitativa y, se usaron para la recolección de los datos, fuentes documentales y orales, primarias y secundarias, con la utilización de técnicas como : la entrevista semi-estructurada con Gestores Estadales y Municipales , Profesionales de la Salud de los Municipios de Dionisio Cerqueira (SC) y Barração (PR) en Brasil y Bernardo de Irigoyen (Misiones) en Argentina. La trayectoria de la investigación rebela que, en el ámbito del MERCOSUR se vuelve fundamental que el proceso de integración sea ultrapasado en el sentido de constituir una profundización en la garantía de acceso a la salud en la región de municipios fronterizos y, como consecuencia, al ejercicio de la ciudadanía vinculada a la garantía de los derechos humanos, incorporándose nuevos sujetos históricos a ese proceso. En el aspecto de garantizarse los derechos humanos, la ausencia y/o presencia de políticas públicas puede estar contraponiéndose a los efectos “perversos” presenciados en la contemporaneidad, en especial, efectos que vienen de la desarticulación del Estado, principalmente en áreas primordiales para la subsistencia humana, como la salud; sobretudo, afectando a los sectores de esos países que se presentan más vulnerables, acentuándose, de esa forma, todavía más las crecientes desigualdades sociales. También es

importante la obtención de otras informaciones sobre el volumen, la naturaleza, las motivaciones, los mecanismos y los resultados obtenidos en lo que atinge al acceso a la salud “allende-fronteras”, afirmándose que la manera como se presenta la organización de los sistemas de salud brasileños y argentinos atrae la movilidad territorial en la busca por el acceso a la salud, imponiendo proposiciones de políticas públicas integradas que contemplen las variadas dimensiones envueltas en el proceso salud-enfermedad, independiente de territorio y nacionalidad.

Palabras-Claves: Salud; Frontera; Derechos Fundamentales; Ciudadanía.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro comparativo - Princípios normativos dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Argentina.....	33
Quadro 2 - Fatos relevantes no histórico do Mercosul.....	57
Quadro 3 - Dados município de Barracão/PR.....	89

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 -	Mapa da República Argentina as 23 províncias e a capital federal.....	39
Fig. 2 -	Cemitério dos soldados mortos na batalha da separação da Coluna Prestes 1925...	85
Fig. 3 -	O Porto Seco de Dionísio Cerqueira e a rota Bi – Oceânica.....	86
Fig. 4 -	Marco das fronteiras entre o Brasil e a Argentina.....	87
Fig. 5 -	Residência construída na divisa dos estados.....	88
Fig. 6 -	Vista aérea das cidades trigêmeas: Barracão/PR, Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigoyen / Misiones - Argentina.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Convenções, tratados e pactos internacionais – assinaturas e ratificações.....	47
Tabela 2 - População: Brasil e Argentina.....	68
Tabela 3 - Centros/Postos de Saúde em Dionísio Cerqueira.....	87
Tabela 4 - Unidades/Postos de Saúde em Barracão / PR.....	89
Tabela 5 - População Total <i>versus</i> Urbana e Rural dos Municípios Fronteiriços.....	90
Tabela 6 - Centros/Postos de Saúde em Bernardo Irigoyen.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEC – Associação de Cooperação Econômica Ásia-Pacífico
AR – Argentina
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDS – Banco do Desenvolvimento Social
BR – Brasil
CEPAL – Comisión Econômica para América Latina y el Caribe
CMS – Conselho do Mercado Comum
CNS – Conselho Nacional de Saúde do Brasil
COFESA – Conselho Federal de Saúde da Argentina
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
MIR – Ministério da Integração Regional
NAFTA – Acordo de Livre Comércio da América do Norte
NOAS – Norma Operacional de Assistência Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Associação Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI – Programa de Pactuação Integrada
PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida
PR – Paraná
PSF – Programa Saúde da Família

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina

SGT 11 – Subgrupo de Trabalho de Saúde 11

SIS-Fronteira – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS E DETERMINAÇÕES SOCIAIS E ESTRUTURAIS DO ACESSO À SAÚDE	23
1.1 DIMENSÕES DA SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA: UM BREVE OLHAR POLÍTICO E SÓCIO-ANTROPOLÓGICO.....	24
1.1.1 A referência à saúde nos textos constitucionais da Argentina e do Brasil	38
1.2 ACESSO À SAÚDE COMO EXERCÍCIO DA CIDADANIA	42
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MERCOSUL: OS CASOS DO BRASIL E DA ARGENTINA	54
2.1 MERCOSUL: “DESCONSTRUINDO FRONTEIRAS” NA PERSPECTIVA DO ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.	54
2.2 MOBILIDADE TERRITORIAL (“DO SAMBA AO TANGO E VICE-VERSA”): O ACESSO À SAÚDE EM MOVIMENTO	64
3 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	72
3.1 OBJETIVOS	72
3.1.1 Objetivo Geral	72
3.1.2 Objetivos específicos	72
3.2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	73
3.3 CONTEXTO INICIAL	82
3.4 NOTAS - CAMPO EMPÍRICO	83
3.4.1 O município de Dionísio Cerqueira – Santa Catarina	84
3.4.2 Município de Barracão – Paraná	87
3.4.3 Município de Bernardo de Irigöyen – Misiones / Argentina	90
4 PRÁTICAS DO COTIDIANO: UM CAMPO DE ESTUDO NA CONSTRUÇÃO DO ACESSO À SAÚDE	93
4.1 CONCEPÇÃO DOS PESQUISADOS ACERCA DA SAÚDE.....	93
4.2 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS PESQUISADOS	98
4.3 DEMANDAS NÃO ATENDIDAS NOS MUNICÍPIOS DE ORIGEM.....	104

5	INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ARGENTINA <i>VERSUS</i> ESTRATÉGIAS DA POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA PARA O ACESSO À SAÚDE	112
5.1	ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS UMA (DES) CONSTRUÇÃO EM ANDAMENTO.....	112
5.2	O ACESSO À SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	113
5.3	ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS.....	116
6	A SAÚDE NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS: O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO/MERCOSUL	126
6.1	POSSIBILIDADES E INSUFICIÊNCIAS PARA A INTEGRAÇÃO NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO MERCOSUL	126
6.1.1	Planejamentos Integrados uma possibilidade a ser construída	130
6.1.2	Dimensões envolvidas no processo saúde <i>versus</i> doença <i>versus</i> disponibilização de serviços	135
6.1.3	Estratégias iniciais de enfrentamento e possíveis soluções de atenção integralizada na área da saúde	139
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
	REFERÊNCIAS	153
	ANEXOS	176

INTRODUÇÃO

A pesquisa, ora apresentada, é uma proposta de apreensão sistematizada da desconstrução de divisas (in) visíveis em torno do acesso à saúde na região de municípios fronteiriços do Brasil e da Argentina, objetivando fornecer subsídios para uma análise mais ampla da saúde pública no âmbito do Mercosul, que, por sua vez, implica a defesa do acesso à saúde como expressão de direito humano fundamental social, independentemente de território e nacionalidade.

Para tanto, visualizou-se, no decorrer da trajetória de busca, o cenário da região dos municípios fronteiriços do Brasil e da Argentina, Dionísio Cerqueira no Estado de Santa Catarina, Barracão no Estado do Paraná e Bernardo de Irigoyen na Província de Misiones, situando-os no espaço geopolítico do âmbito Mercosul, considerado na presente investigação.

A construção se volta para a linha de Pesquisa em Políticas Sociais, do Curso de Pós-Graduação em nível de doutorado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, com vistas à análise da interface entre as múltiplas expressões da questão social e o desenvolvimento de políticas setoriais, especificamente no que diz respeito à sistematização de estudos acerca de como se expressa o acesso à Saúde em municípios fronteiriços do Brasil e da Argentina.

A constatação de que, na contemporaneidade, as discussões quanto ao acesso à saúde por parte dos cidadãos apontam questões e situações excludentes para uma grande parcela das populações, tem contribuído para uma crítica aos modelos tradicionais de pensar e conduzir a saúde, tanto no Brasil quanto na Argentina, corroborando para o surgimento de propostas de atenção à saúde do ser humano de forma integral, não somente no contexto brasileiro e argentino, mas também nos mais diversos países latino-americanos.

Dessa maneira, aponta-se como aspecto relevante o que foi salientado por Escorel (1987, p.182 – 194), que considera a saúde um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto de direitos quanto por ser um elemento potencialmente revolucionário e de consenso. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Seguindo essa perspectiva, através de nossa atuação profissional como assistente social, na 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, visualizamos a necessidade da expansão da análise do acesso à saúde no aspecto do macrocontexto, uma vez que a localização geográfica em que nos encontramos propicia tal aproximação/reflexão.

A 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina localiza-se no município de São Miguel do Oeste. Dos vinte e dois municípios que fazem parte de sua área de abrangência, dez fazem divisa com o país da República Argentina. Dentre esses municípios, encontra-se Dionísio Cerqueira (SC), que faz divisa com o município de Barracão (PR) e com o país da República Argentina, através do município de Bernardo de Irigöyen (Província de Misiones), o que nos possibilita e facilita o estudo acerca do acesso à saúde das populações de municípios fronteiriços no âmbito de países integrantes do Mercosul.

Nesse aspecto, os brasileiros e os argentinos dos municípios fronteiriços, embora próximos geograficamente, encontram-se distanciados por legislações nacionais, por histórias diferenciadas e objetivos distintos, fazendo com que a linha imaginária e/ou (in) visível – a linha de fronteira – adquira conformações objetivas na composição de um processo sociocultural complexo.

Assim, aprofundar o conhecimento sobre o acesso à saúde tem nos despertado interesse há algum tempo, principalmente por vincularmos a possibilidade da reflexão direta sobre o acesso à saúde como expressão do direito à vida, o qual consiste no primordial direito do ser humano, e somente a partir de assegurado o direito à vida surgem os demais, não significando meramente o direito de manter-se vivo, mas também o da articulação de possibilidades para que os indivíduos tenham condições de capacitar o pleno desenvolvimento das faculdades que lhe são inerentes.

Concordamos com Teixeira (1988, p.33) que considera a saúde como “valor universal, como parte do ideário universal, elemento constitutivo da humanidade e, portanto um valor para todas as classes acima das classes”. Algo a ser obtido por todos os habitantes do planeta, parte integrante do que é considerado como “condições básicas de sobrevivência – básico vital”.

Percebe-se, junto à 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, na qual exercemos a profissão de assistente social, no que se refere ao atendimento à saúde no município de Dionísio Cerqueira (SC/BR), uma significativa procura por serviços voltados à

saúde pela população dos vizinhos municípios fronteiriços de Barracão (PR/BR) e Bernardo de Irigöeyn (Misiones/AR) e vice-versa. As constatações de dada realidade ocorrem, principalmente, em visitas de assessoria e supervisão técnica no município de Dionísio Cerqueira, quando se percebe a presença de cidadãos brasileiros e argentinos junto às demandas por serviços nas Unidades de Saúde.

Existe um aumento da mobilidade social e territorial das pessoas, previsto inclusive com a criação do Mercosul a partir de 1991, fato este que implica a necessidade por parte dos profissionais e dos cidadãos de informações e condições sobre os serviços de saúde, tanto do país de origem quanto no país de fronteira.

O processo que definiu o objeto de nosso estudo baseou-se nos seguintes aspectos da realidade vivenciada: a) O reconhecimento do fenômeno mobilidade territorial como uma possibilidade de acesso à saúde além fronteiras no âmbito do Mercosul; b) O fato de os serviços públicos de saúde tanto brasileiros quanto argentinos possuírem ações conjuntas ainda muito incipientes, percebendo-se a urgência na evolução dos acordos relacionados ao Mercosul no aspecto de integração e cooperação na área da saúde; c) O Sistema Único de Saúde (SUS) guarda nos seus princípios o ideário do resgate da cidadania, no entanto, reconhecemos que, para alcançar seus objetivos no contexto de desenvolvimento das nossas atividades profissionais na região de municípios fronteiriços do Mercosul, serão necessárias formulações de políticas públicas e sociais que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde – doença.

Esses elementos conduziram-nos à definição de nosso objeto de pesquisa. São questionamentos que temos feito a partir de nosso cotidiano vivenciado e que têm nos impulsionado na busca de respostas, pois são exigências postas, dadas principalmente em nível de assistência à saúde.

Na procura de respostas, centramos nosso estudo em serviços de saúde inseridos nos municípios de Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil, e no município de Bernardo de Irigöeyn, na Argentina, bem como nos discursos de Gestores Estaduais e Municipais e de Profissionais de Saúde dos municípios e, conseqüentemente, países envolvidos, os quais serviram de campo de pesquisa para aprofundarmos o conhecimento sobre dimensões sociais, políticas e estruturais do nosso objeto de estudo.

A tentativa empreendida resultou no trabalho apresentado e sistematizado a seguir:

No primeiro capítulo, apresenta-se concepções históricas e determinações sociais e estruturais do acesso à saúde no Brasil e na Argentina, através de um olhar político e sócio-antropológico, também referencia-se os textos constitucionais dos dois países, com vistas a defender o acesso à saúde como expressão de um direito humano fundamental social.

No segundo capítulo, situa-se a política de saúde a partir do Mercosul, na perspectiva da “desconstrução de fronteiras” visando ao acesso à saúde no contexto de municípios fronteiriços do Brasil e da Argentina. Constatando-se que, embora a literatura sobre o Mercosul refira-se a macro processos de formulação de políticas, fornece subsídios e elementos para entender processos decisórios mais localizados como os que têm lugar nas instâncias dos municípios fronteiriços. Também se apresenta a mobilidade territorial como um dos traços mais marcantes das sociedades contemporâneas, a qual inclui múltiplos componentes, envolvendo pessoas, bens, serviços, capitais, informação, imagens, etc.

O terceiro capítulo é dedicado ao Processo de Investigação, apresentando sumarizadamente os objetivos perseguidos, o percurso metodológico da pesquisa, problematizações referentes às fontes de informações e a maneira como se processou a investigação.

No quarto capítulo, pretendeu-se iniciar a apresentação e discussão das práticas do cotidiano pesquisado, através de análise das falas dos pesquisados acerca do acesso à saúde e das principais demandas atendidas e não atendidas nos locais.

No quinto capítulo, dá-se continuidade a apresentação dos resultados do estudo empírico da investigação, contemplando-se a integração dos sistemas de saúde do Brasil e da Argentina, como estratégia para o acesso à saúde por parte das populações residentes na região de municípios fronteiriços do Mercosul.

No sexto capítulo, mostra-se a área da saúde na região de municípios fronteiriços do Mercosul, com possibilidades e insuficiências para a integração no que diz respeito à existência de planejamentos integrados, disponibilização de serviços e de estratégias iniciais para o encaminhamento de soluções na atenção integralizada à saúde, uma vez que o desenvolvimento do setor saúde, pelo bem social que representa, necessita ser considerado como prioridade, tendo em vista que trata do bem-estar das populações.

E, por último, apresenta-se as considerações gerais ou reflexões finais da pesquisa, as quais se comprometem com a defesa da proposta inicial: o acesso à saúde como expressão do direito humano fundamental e que, portanto, deve ser garantido às populações, independente de território e nacionalidade.

Através desta construção, pretende-se lançar luzes sobre esse aspecto, e espera-se não ser uma simples pretensão de nossa parte, mas uma possibilidade de reflexão/ação.

1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS E DETERMINAÇÕES SOCIAIS E ESTRUTURAIS DO ACESSO À SAÚDE

Neste capítulo, apresentamos as questões teóricas relativas à temática de nossa investigação, relacionada ao acesso à saúde na região de municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul. Inicialmente, perseguiu-se a busca pelo entendimento de como foram historicamente se (re) construindo as dimensões sócio-antropológicas relacionadas aos processos de saúde e doença da humanidade. A revisão inicial da literatura demonstra que, como os homens vivem, adoecem e morrem, suscita as mais diversas formas de explicação no decorrer da história das sociedades. Porém, defendemos como premissa, a forma desigual de produção de riquezas pela sociedade, as relações sociais que se estabelecem e o modo como a sociedade faz a regulação e o controle de tais relações. Considerando que o Brasil e a Argentina são países inseridos na órbita do capitalismo internacional, coexistindo diferentes formas de organização da produção sob a égide do capital, é importante que tenhamos presente o conhecimento dessas formas de produção existentes e predominantes nesse sistema, pois, dessa forma compreenderemos melhor a raiz histórica dos processos de saúde – doença na conjuntura contemporânea.

O que equivale a dizer que o modo de adoecer e morrer dos homens se constitui num processo socialmente influenciado, embora saibamos que podem existir outras influências na manutenção da saúde e na produção da doença, tais como: genéticas, imunobiológicas, agressões por parasitas, acidentes e outras. É o que abordaremos a seguir através da contextualização de dimensões políticas e sócio-antropológicas da saúde no Brasil e na Argentina.

1.1 DIMENSÕES DA SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA: UM BREVE OLHAR POLÍTICO E SÓCIO-ANTROPOLÓGICO

“Se a alegria e os pesares, se o descontentamento e a satisfação não perturbassem o espírito dos seres humanos, estes se pareceriam então com o universo. A fronteira entre a felicidade e a desgraça desapareceria. Quando os seres humanos compreenderem que o seu bem maior é ser semelhante a todos os outros seres vivos serão felizes e não poderão perder esse bem: transformar-se-ão sem procurarem fixar-se” (Confúcio).

Mesmo antes da comprovação de vestígios humanos na terra, encontram-se menções científicas da presença de enfermidades, constatadas em fósseis de animais, que possibilitam uma visão de longevidade da saúde.

A primeira e efetiva evolução no âmbito da saúde pode ser atribuída ao mundo mediterrâneo, responsável por uma gama de legados multidisciplinares. Para Forster (2002), os gregos foram os primeiros a libertar a medicina de elementos mágicos e religiosos e a considerar as causas naturais, desenvolvendo sistemas racionais em relação à saúde e à doença. Dando conta dessa afirmação, há registros do trabalho desenvolvido pelo médico e estudioso Hipócrates, que primeiramente desenvolveu pesquisas sobre a descrição de sinais e sintomas.

Nas várias leituras percorridas, percebe-se que a preocupação com a saúde está presente desde os primórdios da humanidade. Em grande parte, as informações apresentam a relação existente entre a crença individual e os valores relacionados com o conceito de saúde e doença, determinados socialmente. É o que destaca Bobbio (1992, p.109), quando defende “o que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e em outras culturas”.

Partir-se-á da apreensão de que a saúde, numa sociedade, está relacionada com seu contexto socioeconômico, político, cultural e, sobretudo, histórico. Porém, nas sociedades anteriores à Idade Média, encontra-se a predominância de concepções místicas de saúde e

doença. A presença ou a ausência de saúde dependia mais dos desejos da divindade do que a competência dos curadores de doenças¹ (REZENDE, 1989, p.23-4, 40, 51-2).

Nas sociedades moderna e contemporânea, o processo saúde-doença passa a ser visto sob uma ótica mais objetiva e científica. Pois, na Idade Moderna, as doenças eram explicadas, principalmente, pelas condições ambientais por meio da teoria miasmática². Nessa época, a necessidade de mão-de-obra nas indústrias fez com que a saúde passasse a ser enfocada como um fator básico para a produtividade e, por isso, a doença era vista como um transtorno econômico (REZENDE, 1989).

Na Contemporaneidade, particularmente no final do século XX, os fenômenos de saúde e doença são tratados como processos biológicos e sociais. A saúde já não é concebida apenas como um fator de produtividade, mas como “um direito do cidadão” (REZENDE, 1989, p.86-90). Expressa-se essa idéia de saúde, conceituando-a como "um contínuo agir do homem frente ao universo físico, mental e social em que vive sem resgatar um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado" (REZENDE, 1989, p. 87).

O século XX se insere na história, com um significativo progresso tecnológico, apresentando perspectivas de eliminação de divisas e distâncias entre os países com interligações entre ciências não imaginadas anteriormente; concomitantemente, vê-se emergir Organizações Mundiais que trabalham por meio da cooperação internacional.

Destacam-se, entre elas, as Nações Unidas e, relativamente à saúde, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana, que buscam aprimorar profissionais e, por intermédio destes, impulsionar estados nacionais engajados nas organizações, no auxílio

¹ Ver mais em Rojas (1974, p.3); Meira (in: Pareta, 1976, p.2).

² Para se protegerem, os antigos buscavam formas de prevenção que, apesar de não serem baseadas no conhecimento científico, assemelham-se muito com as indicações atuais; como não conheciam os micróbios, eles chamavam de miasmas as substâncias que consideravam estar concentradas no ar e que poderiam causar doenças. Porém, os trabalhos de Pasteur consolidam o início da era microbiana ou bacteriológica, relegando definitivamente a teoria miasmática da doença a um segundo plano e, junto com ela, a importância do meio físico e social. Afirmou-se naquele momento a ênfase na concepção biológica da doença, deixando para outras ciências o estudo das relações com o ambiente socialmente construído. E, dentre os inúmeros novos conceitos que se consolidaram, pode ser identificada uma mudança na concepção de espaço — que perdeu seu papel central na cadeia explicativa da doença, deixando de ser pensado de um ponto de vista predominantemente social e transformando-se, simplesmente, no local de interação entre os agentes da doença e o hospedeiro humano susceptível (GOUVEIA, 1999).

contra as enfermidades, tendo como premissa a idéia complexa e ampla de saúde como defesa da vida.

Nesse sentido, concordamos com Almeida (2002), quando orienta ser importante retrocedermos à década de 1960, quando houve um amplo debate em várias partes do mundo sobre a questão saúde, que realçou a determinação econômica e social, abrindo caminhos para a busca de uma abordagem visando à superação da predominância centralizada no controle somente das enfermidades. Inúmeros acontecimentos apontam para tal constatação. Dentre eles, trazemos como destaque a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-74), e o movimento canadense desenvolvido a partir de Relatório Lalonde: “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp: “Alcançando Saúde para Todos” (1986).

Reforçamos a importância desses dois acontecimentos, pois estabeleceram bases para importantes movimentos de convergência na formação de um novo paradigma que havia sido formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978).

As propostas principais desse paradigma estabeleciam a Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque, inclusive, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem recebendo contribuições através das declarações internacionais que são periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema.

Tomamos apenas alguns trechos da Declaração de Alma-Ata, os quais julgamos de grande importância para melhor elucidação, em especial, sobre a Atenção Primária e a Promoção da Saúde:

I – A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde; [...] III – A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial; IV – A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde; [...] VII. 1 – A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades; [...] VII. 3 – Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta

correspondentes; a promoção do aporteamento de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais; [...] VII. 4 – Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexos do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outras, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores; [...] VII. 5 – Exige e fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

É importante notar que a proposição aponta, desde o princípio, para uma nova concepção de promoção à saúde, já valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando, sem utilizar a terminologia de determinantes da saúde, os fatores necessários para assegurar-se a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

Neste quadro geral, surgiram os serviços de saúde, cujo processo de gestação, desenvolvimento e consolidação não ocorreu à margem dos conflitos sociais e políticos que permearam a economia e o Estado. A própria ideologia da direita lutava por um Estado em que a empresa privada fosse compatível com seu papel de produtor de serviços de saúde, educação, previdência social, visando os setores mais pobres da sociedade, como um grande sistema centralizado de bem-estar. (LAURELL, 1997, p.181).

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde definia a reforma do setor como um processo sustentado de mudanças fundamentais na política de saúde e nos arranjos institucionais, coordenado pelo Estado, com a finalidade de melhorar o funcionamento e o desempenho do setor, visando a alcançar melhores níveis de saúde da população (WHO, 1995).

A reforma na saúde estaria referida, então, à definição de prioridades, refinamento da política de saúde e reforma das instituições que implementam essas políticas (JANOVSKY e CASSELS, 1995). Em 1997, Knowles e Leighton (1997), reconhecendo a ausência de definições precisas e de várias e diferentes conotações, definiam reforma em saúde, colocando ênfase no elenco de objetivos e na abrangência da reforma como mais importante do que uma definição precisa, reiterando essas premissas.

Nesse aspecto, Teixeira (1995) identifica as relações existentes entre a estrutura de classes e as políticas e práticas no campo da saúde em três níveis: no nível econômico, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam por meio do setor saúde; no nível político, ao compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classes; no nível ideológico, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social.

Percebe-se que os vários níveis citados convergem para a explicação mais fundamental, relativa às articulações entre saúde e a produção econômica. Também a compreensão do exposto anteriormente nos remete a Pereira (2000), quando esclarece que a provisão de mínimos sociais³ é uma medida antiga, que transcende os limites das sociedades tipicamente mercantis, sendo, pois, fruto secular das sociedades divididas em classes, sejam elas sociedades escravagistas, feudais ou capitalistas. A provisão de mínimos sociais, como sinônimo de mínimos de subsistência, fez parte da pauta de regulações nos diferentes modos de produção, e assumiu destacadamente respostas isoladas a situações emergenciais e aos efeitos de pobreza extrema.

Historicamente, os mínimos de subsistência sempre estiveram atrelados ao modo de produção em vigor e podiam ser expressos por meio da distribuição de ração alimentar para matar a fome dos necessitados, vestes rústicas, abrigo contra intempéries, ou um salário mínimo estipulado pelas elites do poder. Somente a partir do século XX, os mínimos de subsistência passam a ser identificados como princípios de liberdade, equidade e justiça social. “[...] vão ser os esforços do investigador quando procura encontrar nos textos institucionalizados alguma teoria ou intento de estudo rigoroso sobre necessidades” (LIMA, 1993, p.22).

³ Os mínimos sociais são geralmente definidos como recursos mínimos, destinados às pessoas incapazes de prover por meio de seu próprio trabalho a sua subsistência. Tais recursos assumem freqüentemente a forma de renda e de outros benefícios acidentais, setorialmente sobre as áreas da saúde, educação, habitação e outros, e sobre as categorias particulares de beneficiários, como: idosos, portadores de deficiência, viúvas, e outros. Seu financiamento advém de fonte orçamentária, e não de contribuições, e o seu funcionamento, na maioria das vezes, prevê obrigações recíprocas entre o beneficiário, o Estado e a sociedade, a inserção social e profissional e contrapartidas.

Geralmente, os estudos existentes demonstram uma preocupação acentuada em identificações empíricas, que possuem como parâmetros as diferentes dimensões da vida humana: física ou biológica, social, cultural, política, psicológica, moral e afetiva. Para dar conta dessa análise, evidencia-se a saúde como necessidade existencial indispensável para a sobrevivência humana, portanto, primordial e que deve ser suprida.

Dessa forma, trazemos para o debate a área da saúde, pois:

Podemos considerar a saúde como valor universal, como parte do ideário universal, elemento constitutivo da humanidade e, portanto, um valor para todas as classes acima das classes. Algo a ser obtido por todos os habitantes do planeta. Parte integrante do que é considerado como “condições mínimas de sobrevivência – mínimo vital”. (TEIXEIRA, 1988, p.33).

Em vista disso, Marx chama a atenção de que o ser humano é, no sentido mais literal, um animal político⁴; abre-se, assim, a partir de Marx, fecundas considerações sobre as necessidades humanas, que também são sociais.

Uma apreensão importante a esse respeito nos é feita por Pereira (2000), quando esclarece que as necessidades básicas, apesar de serem comuns a todos, não implicam uniformidade na satisfação. Por exemplo: as necessidades de alimentação e alojamento são próprias de todos os povos, porém há uma diversidade de métodos de “cozinhar e de tipos de habitação que são capazes de satisfazer qualquer definição específica de nutrição e abrigo contra as intempéries” (p. 155).

No entanto, em relação à saúde física, esta é considerada necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la, os homens estão impedidos, inclusive, de viver. É considerada uma necessidade natural de todo o ser vivo, porém, como salientado anteriormente, o modo de satisfazê-la requer provisões de sentido humano-social.

Nesse sentido, Marx salienta que, mesmo no plano da satisfação física ou biológica, a origem do homem está intimamente ligada à práxis humana, e que só é humana à medida que o trabalho realizado pelo homem difere das outras criaturas vivas.

⁴ A esse respeito, Hannah Arendt desenvolve uma reflexão a respeito de Marx priorizar as relações entre os homens, na qual ressalta que a política surge não no homem, mas entre os homens (...) A política surge no intra-espaço e se estabelece como relação. (1998, p. 23).

Existem várias concepções a respeito das necessidades sociais; no entanto, concordamos com Pereira (2000), quando salienta sobre a importância de perceber no rol destas concepções as correntes ideológicas concorrentes, mas que nem por isso deixam de partilhar dos mesmos valores, que geralmente se apresentam com uma forte justificação de feição ética; neste caso, partilhada tanto por progressistas quanto por liberais e conservadores. Ambas as preocupações, apesar de parecerem diferentes, possuem o mesmo objetivo que tem contribuído decisivamente para o fortalecimento de um denominador comum, que, segundo a autora representa:

O ataque às políticas de bem-estar providas pelo Estado e o conseqüente desmantelamento de direitos sociais conquistados a duras penas pelos movimentos democráticos, desencadeados há mais de um século (PEREIRA, 2000, p.40).

Parece óbvio que a ausência de densidade no conceito de necessidades sociais, e conseqüentemente no que se refere ao Estado de Bem-Estar Social, reflete o perfil e as características adquiridas pelas políticas sociais, principalmente no que diz respeito aos seus reduzidos efeitos e baixos graus de eficácia e efetividade sociais no decorrer dos tempos da humanidade.

Nesse sentido, Draibe e Henrique (1988) constataam que a noção de Estado de Bem Estar Social mostra-se fortemente impregnada de conteúdos socialmente positivos, parecendo estranho que fosse utilizada para dar conta de realidades nas quais se encontra miséria, pobreza e exclusão social, pois estão, geralmente, associados à forma de assistência política, à consolidação de direitos sociais, ao assistencialismo paternalista e a um perfil autoritário e burocrático de Bem-Estar Social, respectivamente.

Para a autora, a mais clássica tipologia, recorrentemente empregada nos estudos comparativos sobre as expressões dos Estados de Bem-Estar Social, é a utilizada por Timus⁵ que apresenta três modelos ou padrões de política social:

- 1) O Modelo Residual;
- 2) O Modelo Meritocrático – Particularista;

⁵ Timus, R. – Social Policy – Na Introduction, London, Allen e Uniwin, 1974; ver também Timus, R. Essays on the Welfare State, op. Cit. e Timus, R – Commitment Welfare, London, Allen e Uniwin, 1968.

3) O Modelo Institucional Redistributivo.

No **Modelo Residual**, a política social intervém ex-post, quando os canais “naturais” e “tradicionais” de satisfação das necessidades (família, rede de parentesco, mercado) não estão em condições de resolver determinadas exigências dos indivíduos; a intervenção possui, então, um caráter temporariamente limitado e deve cessar com a eliminação da situação de emergência. A experiência inglesa da Lei dos Pobres⁶ constituiu a base para esse modelo, que se apresenta dirigido a grupos particulares de indivíduos, ou seja, que possuem características específicas.

O **Modelo Meritocrático-Particularista**, por sua vez, fundamenta-se na visão de que cada um deve estar em condições de resolver suas necessidades, com base no seu trabalho, a seu mérito, à performance profissional, à produtividade. A intervenção da política social se dá parcialmente, corrigindo as ações do mercado; é somente complementar na questão econômica.

O terceiro modelo, **Institucional – Redistributivo**, apresenta-se voltado à produção e à distribuição de bens e serviços sociais “extra mercado”, os quais são garantidos a todos os cidadãos; estes são cobertos e protegidos segundo critérios universalistas, respeitando mínimos historicamente definidos de necessidades e condições de vida. Tal sistema tende a mesclar os mecanismos de renda mínima, integração e substituição de renda com aqueles típicos dos equipamentos coletivos públicos gratuitos para a prestação de serviços essenciais, especialmente os de saúde e de educação. É um modelo que, na verdade, supõe a incapacidade do mercado de realizar, por si próprio, uma alocação de recursos que elimine a insegurança absoluta, ou então, a pobreza atual ou futura.

Os diversos padrões ou modelos de políticas sociais expressam raízes e condições históricas distintas e se manifestam na variação das complexas dimensões da proteção social, seja no que tange às relações de inclusão/exclusão social que os sistemas abrigam, seja no que

⁶ A Lei dos Pobres (*Poor Law*) oriunda da Inglaterra, com políticas assistencialistas caritativas do Estado protetor – ou providência – nos séculos XVIII – XIX. Estas leis formavam um conjunto de regulações pré-capitalistas que se aplicavam às pessoas situadas à margem do trabalho, como idosos, inválidos, órfãos, crianças carentes, desocupados, e outros. Veja-se mais em: Polanyi, 1982, p. 112.

concerne a seus aspectos redistributivos e, também, no que diz respeito à lógica e às relações com o sistema político.

Sendo assim, é preciso focalizar e fazer referência à relação Estado – sociedade, que tem sido historicamente mediatizada pelas políticas públicas, pela ação dos profissionais e pelos movimentos sociais. Relação dinâmica, sendo que historicamente existiram oposições entre o espaço institucional, considerado como controle, dominação e repressão, e movimento social, como espaço de relativa liberdade, espontaneidade e autonomia.

Não se trata, pois, de dismantelar o Estado, mas de reconstruí-lo, capacitando-o de inteligência para captar demandas e necessidades sociais, transformando estas em direito. A nova articulação entre a lógica da acumulação e as políticas sociais exige, portanto, por se tratar da articulação entre desenvolvimento e democracia, não reduzir a intervenção estatal como compensatória da tendência dessas sociedades desintegração social, mas buscar sua articulação no interior desse novo padrão de acumulação, redefinindo radicalmente a relação Estado-Sociedade. [...] No que diz respeito às políticas sociais, esta perspectiva de análise repõe sua presença no centro da nova dinâmica. De um lado, porque o novo padrão de acumulação exige políticas eficientes e eficazes por ser altamente seletivo e estar baseado na competitividade externa. De outro lado, porque essas políticas assumem importância vital no processo de superação da crise social, do Estado e da crise de governabilidade que marcam várias das realidades latino-americanas, em especial o Brasil. Neste sentido, o enfrentamento das questões provocadas pela extrema desigualdade social significa sua assunção como problemas coletivos, vale dizer, como questão social, exigindo, portanto práticas coletivas solidárias para sua solução (LAURELL, 1997, p. 239).

O Brasil e a Argentina, embora tenham passado por experiências semelhantes no que diz respeito à convivência com o regime político autoritário, cada um deles conduziu de maneira distinta a política de saúde, conseguindo, em maior ou menor grau, certo nível de inserção social.

Alguns interesses comuns aos dois países foram conduzidos por meio de estratégias que se diferenciavam quanto à clareza dos objetivos e dos interesses, à forma de condução e à relação da política de saúde com o ambiente político interno. Assim, percebe-se a existência de divergências entre as Constituições do Brasil e da Argentina, em relação ao direito à saúde.

Para Marinho (1997, p.64) a Constituição, além de ser um instrumento, “também é um tecido elástico, que se desdobra em função de mudanças [...] do Estado.

Conseqüentemente, há de extrair-se dela o máximo de força normativa, em paralelo com as inovações emergentes da sociedade”.

Assim, as Constituições e legislações são, portanto, documentos centrais para a análise sobre o acesso ao direito à saúde, nos termos pretendidos neste estudo.

Para melhor compreensão acerca da dinâmica na política da saúde do Brasil e da Argentina, torna-se importante trazer as formas regulamentadas existentes da expressão do direito à saúde em cada contexto nacional. Para tanto, lançamos a análise sob à luz de pesquisa realizada pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA que consta no Relatório de Pesquisa: Direito à Saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul, 2002.

- Argentina – Decreto Marco 1.269, de 1992 (anexo A);
- Brasil – Lei 8.080 e 8.142, de 1990 (anexo B);

Quadro 1 – Quadro comparativo – Princípios normativos dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Argentina

Categoria	Argentina	Brasil
Conceito de Direito à Saúde	Direito à saúde para toda a população, enfatizando a redução de riscos mediante ações especialmente dirigidas à população marginalizada e em situação de pobreza estrutural ou em situações bio-psico-sociais potencialmente perigosas.	Saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
Princípios do sistema de saúde	Equidade e solidariedade. Melhorar a acessibilidade, eficiência e qualidade da atenção média mediante extensão de cobertura para todos, com ações de melhor nível de qualidade e menor custo econômico e social possível.	Universalidade de acesso: integralidade de assistência; prevenção da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde; divulgação de informações; utilização de epidemiologia para definição de políticas; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; resolutividade em todos os níveis; organização dos serviços públicos evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.
Concepção de Saúde	Saúde como condição de bem-estar favorecendo uma vida social e economicamente produtiva.	Fatores determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Categoria	Argentina	Brasil
Objetivos do Sistema de Saúde	Coordenar e integrar as ações do setor saúde com outros setores sociais do governo; mobilizar recursos financeiros, humanos tecnológicos e de infra-estrutura relacionados a atenção à saúde: incorporar recursos normativos, organizativos e de gestão adequados à realidade política, econômica, social, cultural e sanitária que melhorem em curso prazo os problemas vinculados à eficiência, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde.	A identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, o direito à saúde; a assistência de pessoas por intermédio de ações e promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
Gestão	Implementar um sistema de atenção médica que garanta a equidade, eficácia e eficiência enfatizando a otimização dos recursos disponíveis; orientar os setores públicos e privados para a organização e funcionamento do sistema e recursos de saúde tendo como eixo a descentralização e o desenvolvimento de redes locais de complexidade crescente, a coordenação e complementação dos prestadores de serviços de saúde e as necessidades e demandas da população – atenção primária de saúde; regionalização através de sistemas locais de saúde (SILOS), distritos de saúde e áreas programáticas.	Ações regionalizadas e hierarquizadas; direção única em cada esfera de governo; possibilidade de consórcios intermunicipais de saúde.
Financiamento	O Sistema financiado por duas fontes de recursos; orçamentárias e contribuições dos trabalhadores às empresas prestadoras de assistência médica.	O sistema será financiado pelo orçamento da Seguridade Social, definido constitucionalmente. A alocação de recursos será feita obedecendo a critérios populacionais, epidemiológicos, capacidade técnica, administrativa, e operativa da rede instalada, inversões no sistema e transferido fundo a fundo entre União aos Estados e Municípios.
Controle Social		Conferência de Saúde, nos três níveis de governo, com função consultiva sobre políticas de saúde. Conselho de Saúde, nos três níveis de governo, com funções deliberativas na definição e festão das políticas de saúde. Participação paritária em todos os níveis, envolvendo setor público, profissionais, usuários e prestadores de serviços de saúde. A escolha é democrática e coordenada pelos responsáveis pela saúde nas instancias correspondentes.

Destaca-se na análise dos princípios normativos dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Argentina, que, tanto no Brasil quanto na Argentina a Seguridade Social é parte importante na concepção da garantia à saúde. Assim, segundo Teixeira (1995), a Seguridade Social, seja em sua origem, ou seja em seu desenvolvimento posterior, passou a abraçar um conjunto diversificado de políticas sociais, identificadas como política de previdência, políticas de atenção à saúde e políticas de assistência social.

Sobre a trajetória da seguridade social, Teixeira (1995) considera Seguro Social, em relação às práticas assistenciais vigentes no século XIX, como um novo fenômeno econômico e político que interveio no contrato de trabalho, alterando a relação entre empregados e empregadores com a mediação do Estado. Essa relação, embora restrita aos empregados assalariados, caracteriza-se como uma norma contratual, implicando a existência de uma pauta de direitos.

Pode-se admitir que a seguridade social, como um mecanismo de intervenção social, expressa um dos modos de gestão estatal e privada da força de trabalho, sendo atravessada por condições e conflitos de classe. Isto porque os sistemas de seguridade são determinados por um conjunto de necessidades que nascem no mundo da produção *stricto sensu*, mas não encerram ali o seu sentido. Enquanto mecanismo de gestão social, eles têm sua sustentação amparada na legislação social e nos direitos sociais que são esferas constituidoras da relação entre Estado e sociedade. (MOTA, 2000, p.122).

Neste sentido, trazemos o relatório de Beveridge de 1942, que configurou o chamado padrão inglês de proteção social, cuja principal característica é a universalidade da cobertura.

Porém, esse padrão de proteção foi determinado pela necessidade de: “Obtenção de maiores taxas de produtividade que requereu um trabalhador mais qualificado, mais hígido, em melhores condições de manutenção e reprodução, além de demandar um maior controle social sobre o processo de trabalho” (TEIXEIRA, 1995, p. 77).

Para Teixeira, o relatório Beveridge representa um rompimento com os formatos de proteção social que o antecederam, tanto a assistência quanto o seguro social, ao propor uma nova modalidade: o Welfare State⁷. O Estado de bem-estar social consagrou os direitos

⁷ Rótulo (e não conceito) criado pelo bispo inglês William Temple, para expressar não propriamente “bem-estar social”, mas mudanças econômicas e políticas dos novos tempos de paz.

sociais ao desvinculá-los da relação contratual estabelecida para os assalariados e estendê-los a todos os cidadãos.

Mota (2000) explicita que a Seguridade Social também pode ser entendida e definida como um conjunto de programas governamentais voltados para o atendimento de situações em que há perda ou interrupção da capacidade de auferir rendimentos, ou quando certos eventos diminuem a renda do trabalhador.

Assim, tanto no Brasil quanto na Argentina, tem se privilegiado, historicamente, os interesses dos grupos dominantes garantindo a acumulação privada do capital e excluindo os que não detêm algum tipo de poder. A história também nos mostrou que os governos precisaram atender a algumas demandas das classes populares no sentido de garantir a sua reprodução e a sua própria legitimidade.

Exemplo disso aconteceu no Brasil em 1937, com a criação do Estado Novo, quando uma expansão do proletariado urbano passou a pressionar o Estado em relação aos direitos sociais. Criou-se, então, uma nova dimensão política em favor da absorção e controle desses setores pelo Estado. Dessa maneira, a centralização do Estado impôs-se à sociedade, dificultando ou esvaziando a sociedade civil e neutralizando o exercício da cidadania.

Mas, na medida em que a sociedade civil reclamou e lutou pelo resgate da cidadania e elaborou estratégias de contraposição ao controle exercido pelo Estado⁸, novos espaços de atuação, principalmente a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, foram e estão sendo constituídos. Apesar dessas conquistas, o Estado brasileiro, ao longo de sua história, tem vivenciado um contexto de vida social cuja principal nota indicativa é a disparidade de condições entre os homens.

⁸ As concepções de Estado e de sociedade civil adotadas baseiam-se nas elaborações de Antonio Gramsci, e enriquecem a teoria marxista clássica de Estado, considerado em sentido estrito como organismo de coerção e dominação pela classe dominante. Para Gramsci, o Estado comporta duas esferas: a sociedade política ou Estado no sentido estrito de coerção, e a sociedade civil, constituída pelo conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, como os sindicatos, partidos, igrejas, o sistema escolar, a organização material da cultura (imprensa, meios de comunicação de massa) e as organizações profissionais. São as duas esferas que formam, em conjunto, o Estado no sentido amplo, ou nos termos de Gramsci, a sociedade política mais a sociedade civil.

Expressando-se, de um lado, os avanços tecnológicos beneficiando parcela da humanidade; do outro, as condições de miséria, fome, doença, falta de acesso à saúde e, em muitos locais, restrições à liberdade, delimitação do exercício da igualdade de possibilidades para a totalidade a sociedade.

E, nesse aspecto, concordamos com Heller (1998, p. 171), quando este assinala:

O capitalismo constitui a primeira sociedade que, mediante a força e estrutura social, condena classes inteiras da população a lutar cotidianamente pela satisfação das necessidades existenciais puras e simples, desde a época da acumulação primitiva até hoje.

No Brasil, a área da saúde inaugura um novo paradigma a partir do momento em que é inserida na pauta de atenção do Estado, principalmente através da intervenção das políticas de saúde, tornando-se, muitas vezes, mais um dos instrumentos do exercício do poder na sociedade, quando:

Num primeiro momento, no qual as políticas, as práticas e os serviços de saúde têm a marca de uma importante presença estatal, em correspondência com uma forma particular de exercer o poder sob o esquema político que se convencionou chamar “Estado benfeitor”, “social” ou “assistencial”. E em segundo, no qual ocorre uma mudança nas características da dominação, que se exerce através da concentração máxima do poder do Estado, da perda de sua “autonomia relativa” e do uso extensivo da força como recurso principal da dominação (LAURELL, 1997, p.179).

Sem dúvida, as desigualdades sociais têm representado e representam fatores distintos para a produtividade, a cidadania e o desenvolvimento dos povos e nações, pois representam oportunidades diferenciadas para a inclusão e exclusão de populações e de direitos básicos do ser humano, principalmente relacionados à habitação, trabalho, educação, alimentação e saúde.

Conforme Nogueira e Simionatto (2000, p.31), “a inclusão na agenda estatal da garantia de direitos é limitada pelo próprio processo de acumulação capitalista que amplia a exclusão e aprofunda as desigualdades sociais”

1.1.1 A referência à saúde nos textos constitucionais da Argentina e do Brasil

Parece-nos, que no contexto da América Latina, o Brasil e a Argentina possuem grandes desafios no sentido de transformar as relações excludentes da sociedade, conciliando os interesses econômicos com os propósitos sociais de bem-estar para a população de um modo geral.

Fazendo referência aos textos constitucionais Nogueira e Simionato (2004, p. 84) assim se manifestam:

Na Constituição Argentina, capítulo II, das Declarações, Direitos e Garantias Individuais, trata dos direitos garantidos ao cidadão. O direito à saúde não se encontra explícito, sendo considerado um direito implícito, conforme indica o Artigo 14°. [...] Porém, não estar o direito à saúde consagrado na Lei Suprema nem existir nenhuma norma que expresse tal direito não significa que o estado não a contemple nas políticas de saúde.

Para Campos (1997) a não inclusão da saúde como um direito na Constituição poderia indicar uma ausência total de previsão que levaria a desproteção da saúde da população. No entanto, o autor menciona que é importante entender e compreender a Lei para chegar a uma melhor análise sobre a questão da ausência do direito. No artigo 33° sobre as normas dos direitos explícitos, a Constituição Argentina diz que:

Art 33 - Las declaraciones, derechos y garantías que enumeran la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados, pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo de la forma republicana de gobierno. (Constitución de la República Argentina, 1992).

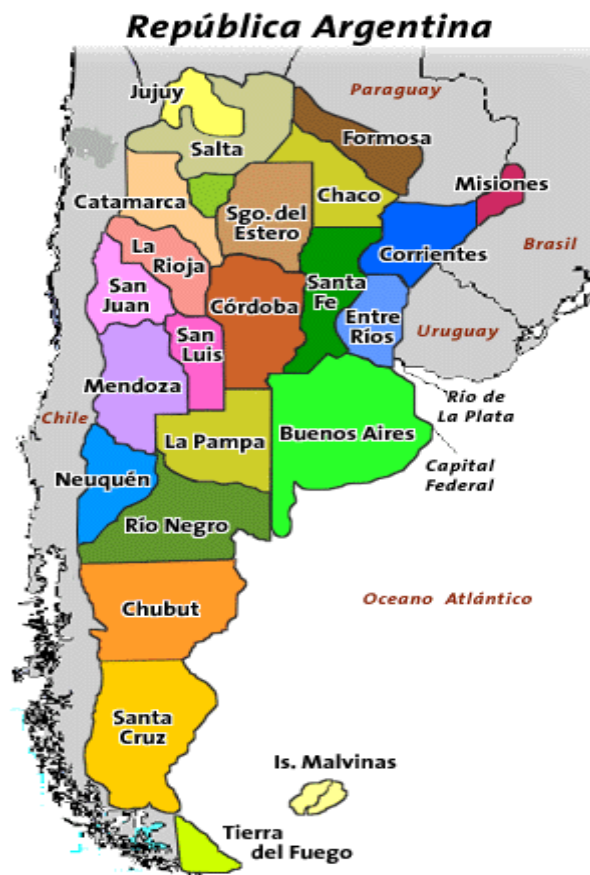
Para Nogueira e Simionato (2004), no que se refere à concepção de saúde na Argentina, mesmo não havendo menção específica na Constituição, os direitos individuais garantidos legalmente levariam a uma concepção ampla e abrangente, incluindo trabalho lazer, salários justos, moradia, etc. Para as autoras, a importância dos direitos acima mencionados reside em favorecer a implementação de políticas sociais que, no limite, propiciariam um padrão mínimo de saúde.

Art 14 (bis) [...] El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el

seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna (Constitución de la República Argentina, 1992).

Portanto, apesar de não haver explicitamente previsão constitucional na Argentina, a saúde é entendida como um direito de todos. O país possui 23 (vinte e três) províncias, e a capital federal tem a responsabilidade do cuidado e da proteção à saúde, realizando um trabalho também descentralizado. A política nacional de saúde da Argentina é datada de 1992, amparada no princípio equitativo e solidário. “*No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la atención primaria de salud como estrategia básica*”⁹”.

Fig. 1 - Mapa da República Argentina indicando as 23 províncias e a capital federal



Fonte: Disponível em <<http://www.aduanaargentina.com/ct.php>>, acessado em 13/11/05

⁹ Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Americas, edición de 1998, v.2p.38

No ano de 1990, o Ministério da Saúde da Argentina promoveu uma ampla reforma sanitária, que teve abrangência nos setores público, privado e da seguridade social. Parafraseando Dal Pra (2004), o sistema de saúde argentino é marcado por importantes características como: a forte fragmentação entre os setores público, privado e de seguridade social, principalmente em relação às fontes de financiamento que são alternativas e às modalidades particulares de alocação de recursos.

Nesse país, o modelo de atenção médica se apresenta centrado na especialização e no uso da alta tecnologia, em detrimento dos programas de promoção, prevenção e de atenção primária. Todavia, o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir de condições históricas, sob as quais a saúde pública se desenvolveu tanto no Brasil quanto na Argentina, das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e das políticas que perpassaram e perpassam o sistema capitalista. No Brasil, a saúde é considerada como um dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados na forma desta Constituição (Constituição Federativa do Brasil, 1988).

Na Constituição Federativa do Brasil de 1988, a saúde é expressa como um dever do Estado e deverá ser garantido, uma vez que é considerado de relevância pública.

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do

Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Constituição Federativa do Brasil, 1988).

É notável, que os textos constitucionais tanto do Brasil quanto da Argentina, não asseguram em seus marcos legais à saúde destinada à população estrangeira. O Estado brasileiro como garante a Constituição Federal de 1988 é responsável pelo acesso universal e igualitário a todos os cidadãos que residem no país, sem qualquer critério de exclusão ou discriminação, como expressa o Artigo 196, citado anteriormente.

Contudo, essa premissa nos remete ao Estatuto do Estrangeiro, Lei nº. 6.815 de 19 de agosto de 1980, quando explicita em seu artigo 1º: “qualquer estrangeiro poderá satisfazer as condições desta Lei, entrar e permanecer no Brasil e dele sair, resguardados os interesses nacionais” (BRASIL, 1980).

Assim, para Pedroso (2004), é importante salientar, que a partir do Estatuto do Estrangeiro, cidadãos estrangeiros residentes no Brasil gozarão de todos os direitos previstos na Lei Nacional para seus cidadãos brasileiros, conforme o Artigo 95º do referido Estatuto, favorecendo, segundo a autora, as condições de fronteira que incluem no seu cotidiano migrações e passagens temporárias.

E, com vistas, a atender necessidades advindas de questões fronteiriças, Pedroso (2004), lembra que foi criado no Brasil em 1992 o Ministério da Integração Regional – MIR. A este Ministério foram atribuídas competências como: a) planejamento e execução dos programas e projetos de integração regional; b) desenvolvimento urbano; c) relação com Estados e Municípios; d) irrigação e defesa civil.

No entanto, considerando a amplitude do conceito atual de saúde da OMS - Organização Mundial da Saúde, a temática deveria ser prioridade num sentido mais amplo, incluindo-se as várias formas, dimensões e responsabilidades das esferas governamentais. Incluindo também no debate, segundo Aleixo (2002), a clareza para a população do que representa a atenção ou os cuidados primários de saúde que constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde e que, na maioria das vezes, são de responsabilidade primeira dos municípios.

Diante da condução do processo que possibilita, ou não, o acesso à saúde por parte da população, tanto no Brasil quanto na Argentina, como responsabilidade do poder público, geralmente o poder público municipal é o mais solicitado, por se encontrar mais próximo do

cidadão, assim, esse poder se responsabiliza, como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes público estadual e federal são sempre co-responsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal. É importante ter-se presente, no entanto, que essa responsabilidade não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

1.2 ACESSO À SAÚDE COMO EXERCÍCIO DA CIDADANIA

"Na forma como são agora predominantemente entendidos, os direitos humanos são uma espécie de esperanto que dificilmente se poderá tornar na linguagem cotidiana da dignidade humana nas diferentes regiões do globo."
Boaventura de Souza Santos.

Neste item vislumbramos o acesso à saúde como exercício da cidadania. Nesta perspectiva, traçou-se a evolução histórica do conceito de cidadania e, brevemente, sua inserção na Constituição Federal Brasileira de 1988. A partir daí, fez-se uma abordagem sobre o acesso à saúde como instrumento da cidadania, mostrando que esse é visto como um direito fundamental de todo cidadão, independentemente de sua condição social; nesse sentido, a necessidade de o Estado destinar à população instrumentos que viabilizem a sua concretização.

Desse modo, sinaliza-se que o direito contemporâneo defende a premissa, ou melhor, considera a saúde não apenas como um direito do indivíduo, mas como um direito de toda a sociedade, inclusive, com característica especial por possuir a qualidade de “direito fundamental social”.

O Estado, por sua vez, deve assumir efetivamente a responsabilidade de efetivar/proporcionar condições necessárias à existência humana com dignidade, quando falta à população condições para fazê-lo. Para ilustrar trazemos esse aspecto, Sarlet (2001, p.151):

[...] vale reiterar a lembrança de que o ponto de conexão entre a pobreza, a exclusão social e os direitos sociais, reside justamente no respeito pela proteção da dignidade da pessoa humana, já que, de acordo com Rosenfeld, “onde homens e mulheres estiverem condenados a viver na pobreza, os direitos humanos estarão violados”. Importa, neste aqui consignado, que a intensidade da vinculação entre a dignidade da pessoa humana e os direitos sociais é diretamente proporcional em relação a importância destes para a efetiva fruição de uma vida com dignidade, o que por sua vez, não afasta a constatação elementar de que as condições devidas e os requisitos para uma vida com dignidade constituam dados variáveis de acordo com cada sociedade e em cada época.

A priori, para Sarlet (2001), os direitos sociais surgiram como prerrogativas dos segmentos sociais mais desfavorecidos economicamente e se expressam através de formas normativas de obrigações por parte do executivo. E, para que possam ser materialmente eficazes, tais direitos implicam uma intervenção ativa e continuada por parte dos poderes públicos.

Segundo Guilherme Moraes (1997), os “direitos sociais fundamentais” caracterizam-se como liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado social de direito, e têm por finalidade a melhoria de condições de vida, visando à concretização da igualdade social.

Ao se referir sobre o tema, Bobbio (1992) observa que, os direitos sociais expressam o amadurecimento de novas exigências e valores, como os do bem-estar e da igualdade não apenas formal, mas que precisam ser garantidos através da ação do Estado. O autor defende que o campo dos direitos sociais está em contínuo movimento, e assim como as demandas de proteção social acentuaram-se com a Revolução Industrial, é provável que o rápido desenvolvimento técnico e econômico traga consigo novas demandas dos direitos sociais fundamentais, que hoje nem sejamos capazes de prever.

Vale lembrar, que a efetivação da cidadania pode ser a expressão dos direitos humanos “fundamentais sociais”, porém, infelizmente, no contexto da realidade latino-americana, em especial nos países Brasil e Argentina, o direito de cidadania é visto como privilégio de poucos e concessão do Estado. Como política social, as relações entre o Estado e

segmentos populares instituem um padrão de “cidadania regulada¹⁰”, em que os direitos dos cidadãos aparecem como benesse, sujeitos ao controle de uma burocracia, que, por meio de normas, estabelece quem tem ou não direitos.

Mendes (1999c), destaca existir várias interpretações do conceito de cidadania. Numa visão jurídica, expressa pela definição aristotélica, cidadão “é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária da cidade”, ou seja, quem participa das decisões que regem a vida social, seja conformando-a, fazendo suas leis, seja materializando-a ou executando suas leis.

Em uma perspectiva sociológica, para Mendes (1999c), o conceito de cidadania diz respeito a projetos historicamente compartilhados, a processos de conquistas coletivas de igualdade e também ao princípio de alteridade, baseado na concepção da universalidade cujo fundamento é o direito a ter direito¹¹.

Assim, de acordo com Mendes (1999c, p. 68), “a cidadania não é dada, como também nunca está acabada, pois se constitui num processo em permanente construção no cotidiano social; por isso, podemos dizer, sumariamente, que cidadão é o homem participante”¹².

Para Santos (1979), é perceptível que, historicamente, o conceito de cidadania vem sofrendo alterações no curso da história. No século XVIII, significava pertencer à sociedade nacional; no século XIX, referia-se ao direito de associação; e, no século XX, implicava a reivindicação e a defesa dos direitos sociais.

É preciso revelar que a cidadania só tem espaço para construir-se socialmente em ambiente democrático, o qual propicia a formação de atores sociais, sujeitos em situação, portadores de demandas e reivindicações; portanto, muito mais que meros participantes sociais ou titulares de poder político. [...] É aí que o processo das políticas sociais é também um processo de constituição de cidadania, em que os benefícios e os impactos, além do lado assistencial, só podem ser concebidos como processo fundamental de uma dialética de construção de cidadania (MENDES, 1999c, p. 68).

¹⁰ SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

¹¹ ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

¹² Veja-se entre outros Abranches (1985); Marshall (1967); Mannheim (1972).

Nessas circunstâncias, é importante que tenhamos presente o entendimento de que ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei; é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos.

Para Pinsky e Pinsky (2003), os direitos civis e políticos não asseguram a cidadania sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranqüila. Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais, resultado de um longo processo histórico.

Portanto, compartilhamos do pensamento de Pinsky e Pinsky (2003), pois conceituar cidadania não é definir-se algo estanque, e sim, conceber algo que possui caráter histórico, conceitos que variam o seu sentido no tempo e no espaço. Dessa maneira, é diferente o entendimento do significado de cidadão em países como a Inglaterra, e nos Estados Unidos, no Brasil e na Argentina não apenas pelas regras que definem quem é, ou não, titular da cidadania (por direito territorial ou de sangue), mas também pelos direitos e deveres distintos que caracterizam o cidadão em cada um dos países na contemporaneidade.

Nos vários contextos históricos, mesmo dentro de cada Estado-nacional, o conceito e a prática da cidadania vêm se alterando ao longo dos tempos. Defendemos a premissa de que esse pressuposto também possa ocorrer pelo grau de participação política de diferentes grupos organizados na busca pelos direitos sociais e proteção social oferecida pelos Estados aos que dela necessitam. Assim, o termo cidadão compreende a realização do indivíduo através da fruição de direitos a ele inerentes e sua participação na sociedade. Dessa forma, percebemos a íntima relação com o conceito de cidadania, pois esta é eminentemente considerada: “atributo do cidadão”; “Conjunto de atributos do cidadão”; “Relação entre a pessoa e a sociedade política a que pertence” (CUNHA, 2002, p. 43).

Nesse aspecto, Pinsky (1998, p. 19) ressalta que:

Cidadania pode ser qualquer atitude cotidiana que implique a manifestação de uma consciência de pertinência e de responsabilidade coletiva. Nesse sentido, exercer a cidadania tanto é votar como não emporcalhar a cidade, respeitar o pedestre nas faixas de trânsito e controlar a emissão de ruídos. Cidadania, nessa visão é exercício de direitos, participação política nas decisões e também manifestação de responsabilidades do cidadão.

Sobre o assunto, manifesta-se Guarinello (2003, p. 46):

[...] Todo cidadão é membro de uma comunidade, como quer que esta se organize, e esse pertencimento, que é fonte de obrigações, permite-lhe também reivindicar direitos, buscar alterar as relações no interior da comunidade, tentar redefinir seus princípios, sua identidade simbólica, redistribuir os bens comunitários.

Todavia, as mudanças rápidas e estruturais no contexto da sociedade, ocorridas no decorrer dos últimos séculos, apresentam alterações também no sentido de aquilo que num momento podia ser considerado subversão perigosa da ordem (ditaduras), no seguinte seja algo corriqueiro, “natural”. A partir do século XX, por exemplo na democracia ocidental, a mulher passou a ter direito ao voto, fato considerado absurdo nos séculos anteriores, até mesmo em países desenvolvidos da Europa, como a Suíça. Assim como o voto, também outros direitos já estiveram vinculados à propriedade de bens, à titularidade de cargos ou funções, ao fato de se pertencer, ou não, à determinada etnia, religião, etc.

É importante fazermos referência à instauração dos processos e lutas que se instalaram na defesa da cidadania e, principalmente, acabaram por culminar na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, dos Estados Unidos da América do Norte, e na Revolução Francesa.

Para Comparato (1993, p. 88), nos debates que antecederam a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, houve muitas manifestações acerca da utilização dos termos “homem” e “cidadão”. Mas, acabou prevalecendo o consenso, figurando ambos os termos. Comparato (1993), diz que, para os oradores que defendiam a inclusão do termo homem, este atribuía um sentido universalizado dos direitos fundamentais, uma vez que o termo era mais abrangente, até porque encontra suas raízes no pensamento de J. Locke, defensor da idéia de que, sendo os direitos fundamentais, direitos naturais, estes devem ser assegurados a todo cidadão independentemente de sua nacionalidade, mesmo que não sejam esses direitos reconhecidos pelo Estado.

A partir desses eventos, foi possível travar-se lutas para que se ampliasse o conceito e a prática de cidadania, estendendo-a para mulheres, crianças, minorias nacionais, étnicas, sexuais, etárias, entre outros.

O fato de o Brasil e a Argentina terem assinado os principais tratados e convenções internacionais de direitos humanos oferece um ponto de partida relevante para a construção de

uma agenda comum, contemplando-se o acesso à saúde, como expressão da cidadania vinculada ao direito humano fundamental social e, conseqüentemente, ao direito à vida.

Tabela 1 - Convenções, tratados e pactos internacionais – assinaturas e ratificações

Instrumentos	Ano de aprovação pela ONU	Ano de ratificação na Argentina	Ano de ratificação no Brasil
Convenção Para a Prevenção e a Repressão de Crime de Genocídio	1948	1956	1948
Convenção Para a Supressão do Tráfico de Pessoas e a Exploração da Prostituição	1949	1957	1958
Convenção Sobre o Estatuto dos Refugiados	1951	1961	1960
Convenção Para os Direitos Políticos da Mulher	1952	1961	1963
Convenção Para o Matrimônio	1964	1970	1970
Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	1965	1968	1968
Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.	1966	1986	1992
Pacto Internacional Sobre Direitos Cívicos e Políticos	1966	1986	1992
Convenção Americana Sobre Direitos Humanos	1969	1984	1992
Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher	1979	1985	1984

Fonte: Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_convencoes.php. Acessado em jul./2005.

Reafirma-se, nesse sentido, o entendimento de que a efetivação da cidadania também remete à conquista do direito humano fundamental social, expressado através do acesso à saúde. Além de que, estudar sobre a cidadania não é algo inédito, e muitos cientistas sociais a têm abordado sob diferentes perspectivas.

Vieira (1998), por exemplo, faz referência ao texto de T.H. Marshall, *Cidadania, classe social e status*, no qual o sociólogo está interessado em verificar a possibilidade de todos os indivíduos virem a ser considerados como cidadãos, detentores de direitos universalmente reconhecidos pelo Estado e pelos outros indivíduos. Para o autor, o estudo da

cidadania, pautado pelo mapeamento dos direitos, proposto por Marshall, investiga quando e quais direitos foram estabelecidos pelo Estado e quais os indivíduos afetados por estes direitos. A cidadania é, assim, entendida como o conjunto de direitos estabelecidos pelo Estado aos seus membros integrais e seu exercício é identificado com o uso desses direitos legalizados.

A perspectiva de construção da cidadania, a partir de reivindicações concretas dos segmentos dos mais desfavorecidos da sociedade, aponta a formação de uma pauta de reivindicações que seja estendida a todos, ou seja, o encaminhamento em direção à afirmação dos direitos sociais, ou melhor, da universalização do acesso ao social, independente da localização territorial em que o ser humano se encontre.

Complementando nosso estudo, articulado ao entendimento de efetivação da cidadania com a obtenção dos Direitos Humanos, é fundamental destacar que os Direitos Humanos podem ser considerados acima das ideologias, pois pressupõem o respeito à vida como fundamental. Ou seja, todos são *sujeitos de direitos*, iguais e diferentes, únicos e completos. Ainda sobre esse assunto, outra característica importante é que os Direitos Humanos, entendidos como *princípios para fazê-lo político*, não constituem um projeto global para o futuro da sociedade, como o socialismo, o comunismo, o liberalismo e o neo-liberalismo.

Nesse contexto, Comparato (1993, p. 89), assegura que:

[...] A nova cidadania é composta por duas dimensões: uma universal e outra nacional. Todo homem, é doravante, protegido em seus direitos naturais, independentemente de sua nacionalidade; mas somente os nacionais são titulares de direitos políticos.

Arendt (2000) formulou um conceito de cidadania universal, não estando esta adstrita ao território ou nacionalidade. Considerou-a como “direito a ter direitos”, ou seja, direito humano fundamental que dá origem a outros direitos. Considera, ainda, a cidadania, como uma qualidade do ser humano. No entanto, precisa ser conquistada. Para a autora, o ser humano não nasce cidadão, mas, “torna-se cidadão”.

Assim, reitera-se que os Direitos Humanos são direitos que incorporam o respeito à diferença, ao desenvolvimento autônomo, à liberdade de expressão, à promoção da igualdade

sem descaracterizar o indivíduo, e possuem uma grande capacidade de adaptação às novas realidades sociais, incorporando novas demandas e promovendo novos direitos.

Também é preciso reconhecer que a Declaração Universal dos Direitos Humanos proporcionou transformações importantes e saudáveis, além de ter sido e continuar sendo um poderoso instrumento das lutas democráticas em todo o mundo, inclusive, na América Latina.

Isso parece ser bastante relevante para a sua defesa. Reconhece-se que o arcabouço de resoluções e tratados internacionais sobre os Direitos Humanos são hoje referendados pela maioria dos países. Falar sobre Direitos Humanos implica, necessariamente, também pensar sobre a organização social da humanidade no decorrer dos tempos.

Todavia, é importante perceber como as modificações pertinente aos Direitos Humanos e as reformas sociais foram se (re) configurando, mesmo que a origem mais conhecida historicamente do termo reforma esteja vinculada a conceitos da clássica antítese reformas-revoluções, que caracterizou a antiga (mas sempre renovada) oposição entre diferentes estratégias de mudança social no interior do desenvolvimento do movimento operário, mas que preservou desse legado a essência dessa antítese, isto é, se refere "*ao modo através do qual se dá a mudança e não ao resultado.*" (BOBBIO, 2000, p.579).

Assim, para Almeida (2004), na Idade Média, mesmo considerando a separação de classes e o tipo de organização extremamente rígido, ainda assim se poderia verificar a limitação do poder estatal como forma de direitos humanos. Foram sendo percebidas necessidades e esboçando-se o início de um movimento em prol da solidificação das necessidades humanas que vêm, desde muito tempo, sofrendo sérias violações.

Almeida (2004), aponta que a Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948 marca outra fase de regulamentação dos direitos humanos e a necessidade de tornar a questão real. O documento teve, para a autora, sem dúvida, como origem a Segunda Guerra Mundial, em que as violações de direitos eram uma constante, colocando em pauta a própria sobrevivência e existência da raça humana.

Sendo assim, a Declaração Universal foi aprovada como um fenômeno do pós-guerra, com nenhum voto contrário e 45 votos favoráveis. Elaborada a partir da Carta das Nações Unidas, retomando ideais franceses, declarou como valores supremos os direitos de

liberdade, igualdade e fraternidade entre os seres humanos. O conceito de direitos humanos aparece como um direito natural e, como tal, não faz parte das relações políticas concretas.

Para Trindade (1997), os direitos fundamentais são direitos legais, constitucionais, internacionais, acionáveis, exigíveis e demandam sérias e responsáveis observâncias. É o lema da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. A relevância de uma postura comprometida com a problemática dos Direitos Humanos na ordem internacional evidenciase, principalmente, após a I Conferência Mundial dos Direitos Humanos das Nações Unidas, realizada em Teerã, de 22 de abril a 13 de maio de 1968, e a II Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena de 14 a 25 de junho de 1993¹³.

Reforça-se, segundo Trindade (1997), que os direitos humanos são universais, interdependentes e interrelacionados, ou seja, compõem uma unidade. E sendo assim, não há como violar meio direito humano. Ou seja, quando há a violação aos direitos sociais, os direitos civis, políticos e demais direitos também são alcançados. É a população que sofre, que é alvo preferencial da violência aos seus direitos civis, à sua integridade; é a população vulnerável também no campo social, no campo econômico e no campo cultural. A prática dos Direitos Humanos exige uma postura e um compromisso do Estado contemporâneo para além dos limites geográficos dos países, principalmente nas democracias ocidentais.

Bobbio (1992), sinaliza que não foi por acaso que a II Conferência Mundial, em Viena, afirmou que “todos os Estados devem aderir a instrumentos internacionais e evitar ao máximo a formulação de reservas”. Objetivando-se, principalmente, a incorporação das normas internacionais de proteção dos Direitos Humanos, no direito interno, de todos os países¹⁴, assegurando-se, dessa forma, a eficiência dos órgãos de supervisão dos tratados de Direitos Humanos das Nações Unidas.

¹³ Procedeu-se, à época, uma reavaliação global da aplicação dos instrumentos internacionais de Direitos Humanos, traçando-se as perspectivas para o novo milênio (TRINDADE, 1997)

¹⁴ Cabe, nesse aspecto, frisar que o fato de os direitos estarem reconhecidos internacionalmente e expressos pelo direito interno não implica a impossibilidade do surgimento de novos direitos. Os Direitos Humanos e Fundamentais não são estáticos diante das contingências históricas da civilização. São, como dito, direitos históricos (BOBBIO, 1992).

Para Bobbio (1992), mesmo em sociedades com um grau menor de adesão aos Direitos Humanos, a perspectiva oferecida por esses direitos sempre será democrática, pois entendidos em seu conjunto como uma idéia reguladora, os Direitos Humanos oferecem argumentos à resistência a governos e instituições que atentem contra a humanidade e, num sentido positivo, estímulos para a afirmação da cidadania.

Nesse aspecto é que se focaliza o acesso à saúde, ou seja, como a expressão de um direito constituído de um conjunto de deveres do Estado em relação a todo o cidadão, que visa a afastar as enfermidades, procurando garantir o desenvolvimento saudável da população. No cenário mundial, verificou-se o despertar do interesse sobre o direito à saúde em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, e a aquisição de força vinculante em 1966, a partir da assinatura do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Trata-se de garantir a efetivação dos direitos humanos, que também podem ser operacionalizados/expressados através do acesso à saúde, levando-se em conta as necessidades das pessoas independentemente da área geográfica, condições sócio-econômicas, etnia, sexo ou idade. É como orienta Simionatto e Nogueira (2002), quando defendem que o direito à saúde vai além de ideologias, moralidade, necessidades, solidariedades, entre outros. Para tanto, necessitando, ser compreendido em cada período, verificando-se quais mecanismos estão sendo utilizados pelo sistema capitalista em termos de mediação.

Assim, como lócus de nosso estudo, centramos a análise no contexto de municípios fronteiriços de países latino-americanos, em específico Argentina e Brasil, Estados-membros do Mercosul, e que trazem também em suas bagagens históricas influências das origens nas concepções de saúde e doença aqui mencionadas que, de forma generalizada, dão vazão a dimensões conceituais por meio de um breve olhar político e sócio-antropológico, as quais são primordiais para o entendimento de como o processo/acesso à saúde foi se constituindo/expressando através dos tempos.

Todavia, concordamos com Assis (2003), quando este afirma existir a necessidade de esforços dirigidos a lutas cotidianas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde, e que também possa dar conta da demanda por atendimento à doença através de mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços (públicos e privados).

A esse modelo, complementa Assis (2003), deve-se incluir dois eixos teóricos: um que incorpore os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população; e outro que reafirme a saúde como um bem público a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública, cabendo ao Estado a sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem produz os serviços, se público ou privado.

Sabe-se de avanços ocorridos nas últimas décadas, que coincidem com a redemocratização dos países, mas é primordial identificar obstáculos que possam apresentar-se como entraves para o exercício dos direitos, pois existem necessidades presentes que persistem ao nível do marco normativo firmado através da criação do Mercosul.

É fundamental que o processo de integração seja ultrapassado no sentido de constituir um aprofundamento na garantia do acesso à saúde na região de municípios fronteiriços e, conseqüentemente ao exercício da cidadania vinculada à obtenção dos direitos humanos, incorporando-se novos sujeitos históricos a esse processo.

No aspecto de se garantir os direitos humanos, a ausência e/ou presença de políticas públicas pode estar contrapondo-se aos efeitos “perversos” presenciados na contemporaneidade, em especial, efeitos advindos da desarticulação do Estado, principalmente em áreas primordiais para sobrevivência humana, como a saúde; sobretudo, afetando aos setores desses países que se apresentam mais vulneráveis, acentuando-se, dessa maneira, ainda mais as crescentes desigualdades sociais.

Autores como Magalhães (2002) e Sen (1987; 2001), manifestam que o acesso universal à saúde é um direito constitucional brasileiro que necessita ser tornado *fato*, a partir da elaboração e execução de políticas públicas que minimizem as distâncias entre as *capacidades* das pessoas, permitindo a eleição dos *funcionamentos* essenciais por aqueles de direito – os titulares da existência. Em consonância, a manifestação de Simionatto e Nogueira (2002), nos fazem pensar que na atualidade existe um novo olhar em direção aos direitos, em especial, aos direitos sociais que ganham sentidos, para as autoras, mais palpáveis e concretos. Como apropriadamente consideram Simionatto e Nogueira (2002, p.77), “a garantia dos direitos sociais vêm, cada vez mais, se impondo como uma exigência para a consolidação democrática e para a ampliação da cidadania [...]”.

É nesse sentido que reforçamos o debate acerca da garantia dos direitos e, dentre eles, o direito à saúde das populações.

Alias, em concordância com Nogueira, Simionatto e Gomez (2004, p. 25), quando observa que:

Os direitos sociais e o direito à saúde são pensados no interior das políticas sociais, as quais são apreendidas, como as políticas econômicas, como estritamente vinculadas aos processos de acumulação capitalista, em seu estágio monopolista. Essa afirmação ratifica posição anterior de que os direitos unicamente podem ser analisados e estudados como produtos do desenvolvimento histórico, marcados por desigualdades e contradições entre os continentes, entre os países e no interior de cada país, em seus aspectos regionais e locais.

Porém, o fato de que o poder público deva garantir um mínimo de renda a todos os cidadãos e o acesso a bens coletivos, como saúde, educação e previdência, ainda é algo preocupante, confundindo-se por muitas vezes a efetivação de direitos, enquanto dever do Estado, com o assistencialismo.

Vale lembrar, também, que o grau de aplicação e adesão efetiva das diferentes "legislações" é bastante variado, tendo servido, inclusive, em muitos momentos, como um instrumento de legitimação de posições discriminatórias e criminosas de governantes.

Portanto, é difícil seguir uma seqüência lógica, única ou determinista para a evolução da cidadania em todos os países. No entanto, não negamos que inexiste um processo de evolução que se encaminha da ausência de direitos para sua ampliação, ao longo da história.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MERCOSUL: OS CASOS DO BRASIL E DA ARGENTINA

Neste capítulo, apresentamos as questões teóricas relativas ao processo de decisão e formulação do projeto Mercosul e abordamos os seguintes conceitos: política pública, integração, grupos de interesses e formulação de políticas. Embora a literatura sobre o Mercosul refira-se a macro processos de formulação de políticas, fornece subsídios e elementos para entendermos processos decisórios mais localizados como os que têm lugar nas instâncias de municípios fronteiriços. Nesses municípios, políticas públicas são, geralmente, o resultado de um demorado e intrincado processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias instituídas ou arenas e entre os atores que delas fazem parte.

2.1 MERCOSUL: “DESCONSTRUINDO FRONTEIRAS” NA PERSPECTIVA DO ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.

*Viste como ergueram aquele edifício de grandeza imponente? - Um tijolo, e outro. Milhares. Mas um a um.
- E sacos de cimento, um a um. E blocos de pedra, que pouco representam na mole do conjunto. - E pedaços de ferro. - E operários que trabalham, dia a dia, as mesmas horas. . .
Viste como levantaram aquele edifício de grandeza imponente?... À força de pequenas coisas!
(Josemaría Escrivá)*

Trazemos para o debate a política pública formada por um conjunto de atores ou grupos de interesses que se mobilizam em torno de uma política; instituições, cujas regras de procedimento impedem ou facilitam o acesso de atores às arenas decisórias; processo de decisão no qual os atores estabelecem coalizões e fazem escolhas para a ação; obtendo-se produtos do processo decisório ou políticas resultantes. Para melhor ilustrar adotamos a concepção de política pública definida por Pereira (1996, p.130), qual seja:

[...] linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos os bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual. Embora as políticas públicas sejam de competência do Estado, não representam decisões autoritárias do governo para a sociedade, mas envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre essas duas esferas.

Dessa forma, devido à complexidade que lhe é característica, quanto mais atores sociais ou institucionais estiverem presentes no curso político, mais abrangente o mesmo será, e a política pública poderá ser o resultado das relações estabelecidas entre esses atores.

Muitos autores propõem uma definição mínima das políticas públicas; entre tantas, adotamos a concepção conforme Pereira (1996, p.130), a define, “como a linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei”. Para a autora, é mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual. Concordamos com a autora, quando se refere que as políticas públicas sejam de competência do Estado, não representando decisões autoritárias do governo para a sociedade, mas envolvendo relações de reciprocidade e antagonismo entre essas duas esferas.

Assim, de acordo com Pereira (1996), um dos os objetivos das políticas públicas é colocar em evidência os desajustes que podem intervir entre um setor e os outros, ou ainda entre um setor e a sociedade global, sendo o objetivo das mesmas a gestão de um processo ou ação global e/ou setorial. “Há políticas públicas sempre que uma autoridade da política local ou nacional pretenda, por meio de um programa de ação coordenada, modificar a situação cultural e social ou econômica dos atores sociais, realizadas, em geral, dentro de uma lógica setorial” (MULLER, 1990, p. 25).

Nos últimos anos, vários motivos provocaram a mudança no panorama internacional. A sociedade está se modificando na sua base material devido principalmente à revolução tecnológica. É como aponta Mattelart (2003), o ritmo acelerado da revolução tecnológica, concentrada nas tecnologias da informação, está remodelando a base material da sociedade. As economias mundiais passaram a manter dependência global, apresentando uma nova

forma de relação entre a economia, o Estado e a sociedade. Criando-se a noção de uma sociedade global da informação, produto de uma nova construção geopolítica.

O aprofundamento da globalização das economias forçou uma inter-relação mundial entre a economia, o Estado e a sociedade. No entanto, não existe unanimidade na aceitação das mudanças do novo papel do Estado, e as interpretações não são coincidentes entre os interessados e os preocupados com essa situação, pois:

Alguns acentuam a dispersão de recursos e de competências nos processos decisórios, entre plurais atores públicos e privados; outros acentuam o desdobramento do poder em diferentes níveis e jurisdições decisórias - conforme o modelo espacial da “escala do poder”, local, nacional, regional, global, ou conforme o modelo dos subsistemas funcionais relativamente autônomos (saúde, educação, trabalho, transporte, etc.), sustentado pelas teorias do Estado organizacional (KNOKE), que concebe o poder como atualmente “distribuído” em “domínios organizacionais” relativamente autônomos. (GONZÁLEZ GÓMEZ, 2001, p. 15).

Existem ainda muitas discrepâncias importantes entre os países membros do Mercosul, tanto em nível do marco normativo quanto de políticas e instrumentos de proteção contra violações e de garantias para o exercício de determinados direitos. É fundamental, então, que se promovam amplos debates entre as organizações que representam a sociedade civil e os governos, a fim de estabelecer um consenso sobre o acesso aos direitos básicos que devem ser respeitados tanto no Brasil quanto nos demais países. Isso poderá, futuramente, constituir-se num passaporte de cidadania, válido em todos os países integrantes do Mercosul.

Nesse sentido, é importante fazer referência ao processo de universalização da democracia às barreiras discriminatórias as quais acabam por ceder espaço a reorganizações políticas, fazendo emergir blocos econômicos em diferentes regiões do planeta, como a União Européia, o Nafta e a Bacia do Pacífico. No contexto da América Latina, surge o Mercosul, que integra economicamente a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai.

No aspecto financeiro, Ianni (2001), lembra que o dinheiro dos investimentos começa a circular para além de fronteiras nacionais, buscando melhores condições e maiores mercados. Grandes corporações internacionais passam a liderar uma nova fase de integração dos mercados mundiais: é a chamada globalização da economia. Nesse contexto, surge a divisão política entre os blocos soviético e norte-americano que se modifica com o fim da

Guerra Fria, assim, uma nova ordem econômica estrutura-se em torno de outros centros de poder: os Estados Unidos, a Europa e o Japão.

Em torno desses centros, segundo Ianni (2001), são organizados os principais blocos econômicos supranacionais que facilitam a circulação de mercadorias e de capitais. A União Européia integra a maior parte dos países europeus; a APEC - Associação de Cooperação Econômica Ásia-Pacífico - congrega o Japão, a China, países da Indochina e da Oceania; o NAFTA - Acordo de Livre Comércio da América do Norte - une os mercados do Canadá, Estados Unidos e México.

A formação dos megablocos regionais é uma tendência internacional que leva Argentina e Brasil a pensar na formação de um bloco sul-americano; e, a partir de 1985, sucedem-se encontros entre os presidentes dos dois países para discutir um programa de integração e cooperação econômica. Em 1991, Uruguai e Paraguai aderem ao projeto; e, em janeiro de 1995, o Mercosul começa a funcionar oficialmente.

Apresentamos, a seguir, alguns fatos considerados relevantes ao estudo que ora nos propomos, no sentido de visualizar como foi estruturando-se a proposta de integração dos países através da criação do Mercosul.

Quadro 2 – Fatos relevantes no histórico do Mercosul

Ano / Local	Fatos relevantes
1986 / Brasil – Argentina	O presidente brasileiro José Sarney realiza visita de Estado à Argentina e assina com Raúl Alfonsín, presidente argentino, a Ata de Integração Brasil – Argentina, que estabelece um Programa de Integração e Cooperação Econômica, e o Protocolo de Cooperação Nuclear, que reafirma os propósitos pacíficos da cooperação bilateral nessa área. Firma-se, na ocasião, que o Uruguai será convidado formalmente a associar-se ao Brasil e à Argentina no processo. No mesmo período, Resolução da ONU, proposta pelo Brasil, aprova a declaração da Zona de Paz e Cooperação do Atlântico Sul-ZPCAS (outubro) Brasil: Assinatura da Ata de Amizade, em Brasília, durante encontro entre presidentes da Argentina, do Brasil e do Uruguai (dezembro).
1988 / Brasil	Promulgada nova Constituição. O Parágrafo único do Artigo 4º determina que o Brasil busque a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, "visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações" (outubro). Brasil/Argentina: celebrado, em Buenos Aires, o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento entre Brasil e a Argentina, consolidando o processo de aproximação bilateral e estabelecendo mecanismos para a criação de um espaço econômico comum no prazo máximo de 10 anos (novembro).
1989 / Paraguai	O golpe de estado termina com o regime de 35 anos do general Alfredo Stroessner (fevereiro). Argentina: Carlos Saúl Menem é eleito presidente na Argentina e assume o governo em meio à profunda crise econômica (maio). Brasil: Fernando Collor de Mello eleito presidente (dezembro).

Ano / Local	Fatos relevantes
1990 / Brasil – Argentina	Os presidentes Fernando Collor de Mello e Carlos Saul Menem assinam a Ata de Buenos Aires, pela qual o Brasil e a Argentina decidem formar o mercado comum bilateral até 31 dez de 1994 (julho). Os dois países assinaram depois com a ALADI o Acordo de Complementação Econômica nº.14 sobre o programa de liberalização comercial (dezembro). Brasil/Argentina: assinada, em Foz do Iguaçu, Declaração sobre Política Nuclear Comum, entre Brasil e Argentina, que cria sistema comum de contabilidade e controle (novembro).
1991 / Argentina – Brasil-Paraguai-Uruguai	Celebrado o Tratado de Assunção, para a constituição de um Mercado Comum do Cone Sul, o Mercosul (26 de março). Mercosul: concluído o Acordo 4 + 1, relativo a comércio e investimentos, entre os Estados Unidos e os países do Mercosul, conhecido por Rose Garden Agreement (19 de junho). Mercosul: I Reunião de Cúpula do Mercosul-CMC, na qual os quatro presidentes dos países-membros aprovam o Sistema de Solução de Controvérsias do bloco, conhecido como Protocolo de Brasília. (17 de dezembro). Argentina: o Plano Cavallo de estabilização econômica (abril).
1992 / Brasil	Realizada a Conferência da ONU sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, no Rio de Janeiro (junho). Brasil: Devido às denúncias de corrupção, a Câmara dos Deputados aprova o processo de impeachment do presidente Fernando Collor de Mello, que é afastado do cargo. O vice-presidente Itamar Franco assume o poder (setembro). Mercosul: aprovação do Cronograma de Las Leñas para o cumprimento dos compromissos fixados no Tratado de Assunção (14 de outubro).
1994 / Brasil	Aprovado o Protocolo de Colônia para a promoção e proteção recíproca de investimentos no Mercosul (17 de janeiro). Mercosul: aprovado o Protocolo de Ouro Preto, sobre aspectos institucionais, que modifica parcialmente o Tratado de Assunção e confere personalidade jurídica internacional ao Mercosul (17 de dezembro).
1995	Entrada em vigor da União Aduaneira, com a adoção da TEC, Tarifa Externa Comum (1º de janeiro). Permanecem válidas, entretanto, listas nacionais de exceção para produtos sensíveis, a serem definitivamente eliminadas entre 2001 e 2006, ao final do período de transição para uma união aduaneira completa.
1996 - Argentina	Assinado, em San Luis, Argentina, durante a X Reunião de Cúpula do Mercosul, Acordo de Livre Comércio entre o Mercosul e o Chile, que passa a ser membro-associado do agrupamento regional (25 de junho). Mercosul-Bolívia: firmados, em Fortaleza, entendimentos visando à conformação de uma Área de Livre Comércio entre o Mercosul e a Bolívia (17 de dezembro)
1998	Assinatura, durante a XIV Reunião de Cúpula do Mercosul, do Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso Democrático (24 de julho). Brasil: Fernando Henrique Cardoso é reeleito para novo mandato presidencial (outubro).
1999	Mercosul-EU: Entra em vigor o Acordo Quadro Inter-Regional de cooperação (1º de julho de 1999) e institui-se o Conselho de Cooperação (16 de novembro de 1999). Brasil: Governo brasileiro aprova medida em que se abandona o sistema de câmbio fixo, permitindo a flutuação da moeda frente ao dólar (janeiro de 1999)
2000	Mercosul-África do Sul: Projeto de Acordo Quadro para a criação de uma área de livre-comércio entre as regiões (junho de 2000). Mercosul: O Conselho do Mercado Comum decide incluir no calendário escolar dos Estados-Parte o dia 26 de Março como o Dia do Mercosul, sendo esta data referência à data de assinatura do Tratado de Assunção (junho de 2000). Brasil: O país sobe no ranking de desenvolvimento humano, da ONU.
2001 / Argentina	Após tentativas frustradas de tirar o país da recessão, mantendo a paridade cambial segundo a política econômica ditada por Domingo Cavallo, o Presidente Argentino Fernando De La Rúa assina sua renúncia (20 de dezembro de 2001).

Ano / Local	Fatos relevantes
2002 / Brasil- Porto Alegre	Tem início o II Fórum Social Mundial, o maior evento anti-globalização neoliberal com a participação de ONGs, partidos políticos e personalidades mundiais (31 de janeiro de 2002).

Fonte: Site <<http://www.mercosul.gov.br>> acessado em 15 maio 2005.

A proposta inicial de criação do Mercosul prevê a formação de uma União Aduaneira, ou seja, a criação de uma região de livre comércio com o fim das tarifas alfandegárias entre os quatro países. Prevê, também, uma taxação comum para os produtos importados de países de fora do Mercosul.

E, a longo prazo, visa à criação de um mercado comum, com livre circulação de bens e de serviços entre os países membros, bem como uma maior integração cultural e educacional. “Não se tratam mais de instâncias autônomas que se relacionam de uma determinada maneira, influenciando-se reciprocamente, mas mantendo cada uma sua identidade” (VIEIRA, 1997, p.71).

O Mercosul poderá ser visto como campo possível de aproximação entre culturas distintas. Concordamos com o entendimento de Souza (1997), quando defende que uma cultura é representada não apenas por bens materiais, mas também por aqueles que não têm materialidade, ou seja, bens imateriais ou intangíveis. Por isso, partimos do pressuposto de que é preciso observar as formas como cada uma das culturas realiza suas mediações face à internacionalização, para entendermos como conseguem se fortalecer no mercado internacional; depois, suspeitamos que a operacionalização das políticas públicas, levando-se em conta as distinções territoriais, lingüísticas e culturais, tende a surtir mais efeito no que concerne à valorização da historicidade local.

Para Souza (1997), embora sejam organizados economicamente os países, sofrem influências da ideologia política existente em cada Estado Nacional e possuem acesso facilitado (ou dificultado) conforme a sua proximidade relativa de poder. O autor defende, como tarefa urgente no âmbito do Mercosul, a procura de uma forma de compreensão da dinâmica das transformações culturais em curso nos países, em específico do Brasil e da Argentina, que possam, por um lado, respeitar e fomentar por meio, por exemplo, de políticas públicas, as expressões da diversidade existente e, por outro, fortalecer os vínculos identitários capazes de garantir coesão simbólica e política à desigual e conflituosa realidade social existente.

Lembramos que a isso se somam os recentes processos de enraizamento da democracia, tanto no Brasil quanto na Argentina, e o correlato alargamento dos espaços de vocalização de diferentes interesses que colocaram no centro das políticas públicas a atenção a grupos identitários minoritários – em especial aqueles menos favorecidos pelas benesses do progresso econômico-social, como a população que vive em municípios fronteiriços.

A questão operacional que propomos talvez possa ser mais bem observada ao percebermos o Mercosul como espaço político de grande importância, em especial, na América Latina, porém com reflexos em todo o continente. O Mercosul foi criado como um projeto de natureza econômica, mas corresponde, de fato, a uma iniciativa político-estratégica que teve na redemocratização de seus países membros uma importância fundamental. Tornando-se importante a reflexão, especialmente se existe realmente a intenção de realizar uma integração que vá além de meros acordos aduaneiros. Na realidade, foram adotadas, no Mercosul, obrigações econômicas comuns que ultrapassam questões alfandegárias e pressupõem acordos políticos, incluindo a cláusula democrática entre os estados membros.

O perfil de União Aduaneira foi obtido através do Protocolo Adicional do Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do Mercosul – o Protocolo de Ouro Preto – em que foi estabelecida inclusive, a personalidade jurídica do bloco econômico (MARCHI, 2000).

O Mercado Comum do Sul – Mercosul apresenta um modelo de integração de zona de livre comércio – eliminação de tarifas para importação e exportação comerciais, etc; e, segundo Jaeger Junior (2002), o incipiente estabelecimento de uma união aduaneira.

Assim, a estrutura do Mercosul foi redefinida pelo Protocolo de Ouro Preto (1996) no qual consta a seguinte composição:

- a) Conselho do Mercado Comum (CMC): é o órgão máximo do Mercosul, ao qual cabe a condução política do processo de integração. O CMC é formado pelos ministros das Relações Exteriores e da Economia dos países membros;
- b) Grupo Mercado Comum (GMC): é o órgão executivo do Mercosul, coordenado pelos Ministérios de Relações Exteriores de cada país;
- c) Comissão de Comércio do Mercosul (CCM): é o órgão encarregado de assistir ao Grupo Mercado Comum na aplicação dos instrumentos de política comercial comum;
- d) Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul: é o órgão de representativo dos Parlamentos dos Países do Mercosul;
- e) Foro Consultivo Econômico e Social do Mercosul: é o órgão de representação dos setores econômicos e sociais. Tem função consultiva elevando recomendações ao GMC;
- f) Secretaria Administrativa do Mercosul (SAM): é o órgão de apoio operativo, responsável da prestação de serviços aos demais

órgãos do Mercosul. Tem sua sede permanente na cidade de Montevidéu (BRASIL, 2004a).

Com vistas a dar visibilidade à área da saúde, em 1996, foi criado o Subgrupo de Trabalho 11 – Saúde no Mercosul (SGT 11). Este subgrupo incorpora o Grupo do Mercado Comum do Mercosul, órgão executor do bloco em que cada Estado Membro tem sua própria coordenação. No Brasil, o SGT 11 está ligado ao Ministério da Saúde e se subdivide em três grandes comissões: 1) prestação de serviços de saúde; 2) produtos para saúde; 3) vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, estações e passagens de fronteira.

Cabe ressaltar, conforme dito por Jaeger Junior (2002, p.360), “que geralmente processos de integração surgem com objetivos puramente econômicos, e esta preferência fez com que o Mercosul carecesse de uma dimensão social”; e conclui:

Mesmo não tendo sido instituída a dimensão social como uma de suas finalidades precisas [...] contém uma expressa referência ao objetivo do desenvolvimento com justiça social, o que representa uma pequena manifestação (JAEGER JUNIOR, 2002, p.360).

Por sua vez, para Pedroso (2004), o Protocolo de Ouro Preto criou o Foro Consultivo Econômico e Social. Cujas competências dizem respeito aos assuntos econômicos e sociais dos Estados-partes, no qual devem ser discutidos o processo de integração e as políticas sociais provenientes. Em consonância, Jaeger Junior (2002, p.361), afirma que, apesar de o Foro ter um simples caráter consultivo carecendo de regulamentações, “é, atualmente, o local apropriado para ensejar discussões sociais” e ainda assim, não “permite afirmar que esse bloco dispõe de uma abrangência social”.

De acordo, com estudos feitos por Pedroso (2004), no primeiro semestre de 2002, ocorreu a III Reunião Extraordinária do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUR/CMS EXT/ACTA Nº. 01/02), celebrada em Olivos na Província de Buenos Aires/Argentina e participaram desta reunião os presidentes da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia e Chile. Na ata lavrada na referida reunião, consta a intenção dos países que estiveram presentes, em avançar na discussão da integração fronteiriça, e solicitando aos Estados-partes que identifiquem quais as principais prioridades a esse respeito. A ata também faz menção à Política de Medicamentos do Mercosul, e a criação de um Sistema Estatístico de Indicadores Sociais (BRASIL, 2003).

Realizada em Buenos Aires/Argentina, com a participação dos presidentes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, na X Reunião do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUR/CMC X/ACTA N°. 1/96), segundo Pedroso (2004), identifica-se a recomendação do Conselho quanto à cooperação fronteiriça propondo-se que a cooperação, não figure somente, como um item específico, na pauta negociadora para o processo de integração. E, que os aspectos fronteiriços fazem parte de temas diversos de negociação, como por exemplo, a luta conjunta em torno das epidemias (BRASIL, 2003).

Também, a XXII Reunião Ordinária do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUR/CMC/ACTA N°. 1/02), celebrada em Buenos Aires, objetiva, segundo Pedroso (2004) promover, através de instrumentos ainda não definidos, uma maior integração das comunidades fronteiriças. A XXII Reunião indica e aprova (CMC. N°. 5/02) a criação do Grupo Ad Hoc sobre Integração Fronteiriça (BRASIL, 2003).

Outra reunião que contempla o assunto em estudo neste trabalho, é a XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/ATA N°. 02/02), que teve por local de realização Brasília/Brasil. Para Pedroso (2004), num dos itens trabalhados na reunião encontra-se a harmonização de indicadores sociais, salientando-se a necessidade de fomentar sinergias entre as iniciativas, instruindo-se o Grupo Mercado Comum a gestionar a inclusão da temática em projetos de cooperação técnica. A discussão acerca do assunto, ocorreu no contexto das Reuniões de Ministros da Educação e de Desenvolvimento Social, mais especificamente, na Reunião Especializada da Mulher e no Observatório do Mercado de Trabalho, a cargo do Subgrupo de Trabalho N°. 10 (BRASIL, 2003).

Acerca da integração fronteiriça, Pedroso (2004), destaca o documento numerado como MERCOSUL/CMC/DEC. N°. 05/02, estabelecido na XXII Reunião CMC em Buenos Aires/Argentina na data de 5/VII/02, e denominado como Grupo de *Ad Hoc* sobre a Integração Fronteiriça. O Grupo será coordenado pelos Ministérios das Relações Exteriores e integrado por representantes de alto nível dos órgãos técnicos com competência sobre ao temas específicos a serem tratados no âmbito de sua agenda, com o objetivo de criar instrumentos que promovam a maior integração das comunidades fronteiriças visando à melhoria da qualidade de vida de suas populações (BRASIL, 2004b).

No aspecto da saúde no âmbito do Mercosul, a XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho n°. 11, Saúde no Mercosul (MERCOSUR/SGT N°. 2/03), realizada em

Montevideu/Uruguai, para Pedroso (2004), oferece várias indicações sobre o que vem sendo pensado e realizado no campo da saúde. A comissão do Brasil informou, naquela ocasião, ter realizado um Seminário de Planejamento Estratégico, para todos os coordenadores das Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc*, e recomendou aos Estados-partes a adoção do mesmo com a finalidade de otimizar o desenvolvimento das reuniões do Subgrupo de Trabalho (BRASIL, 2003).

Ainda, na XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº. 11, segundo Pedroso (2004), houve uma proposta, por parte do Brasil, para a criação de um Consórcio para o Mercosul – Saúde, com a finalidade de organizar a atenção à saúde nas regiões de fronteira, envolvendo as instâncias federais, estaduais e municipais. Também, de acordo com o item 12.1 Saúde na Fronteira, referente à ata da XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho Nº. 11, o Brasil emitiu a todos os Estados-partes um documento intitulado, Metodologias de Análises de Rede de Serviços de Saúde: considerações sobre a aplicação nas fronteiras do Mercosul. Este documento tem como objetivo, identificar e dimensionar questões para integrar a agenda de trabalho de cooperação entre os países membros (BRASIL, 2003).

Dentre as propostas futuras sugeridas, pelo Subgrupo de Trabalho Nº. 11, destaca-se um Programa de Trabalho a ser desenvolvido no período de 2004 a 2006 (MERCOSUR/CMC/DEC. Nº. 26/03), abordando vários temas, dentre eles, Pedroso (2004) destaca: a) integração fronteiriça: com o objetivo de assegurar a implementação de mecanismos ágeis para o desenvolvimento das regiões de fronteira e o processo de integração regional; b) Mercosul social – participação da sociedade civil: propiciar a ampliação da participação da sociedade civil; c) temas sociais: desenvolver estruturas de articulação nos Estados- partes com o objetivo de conduzir reflexões sobre temas sociais, intercâmbio de experiências nacionais em programas e projetos sociais, desenvolvimento de indicadores que possam servir como base para o estabelecimento de metas para políticas sociais nos países do Mercosul; d) circulação de mão-de-obra e promoção de direitos aos trabalhadores; e) Direitos Humanos: aprofundar o intercâmbio de informações, promoção e respeito aos direitos humanos.

Por outro lado, observa-se que, países como o Brasil e a Argentina, objetos de estudo deste trabalho, dado seus processos históricos que levaram à constituição de suas sociedades - caracterizadas como a maioria dos países latino-americanos com economias pouco integradas e de baixa complementaridade entre si, e que inicialmente estimulou a

criação do Mercosul -, necessitam avançar no sentido de uma maior abertura à integração e interação de políticas públicas, oportunizando, por sua vez, a inclusão na pauta das discussões do acesso à promoção e garantia da cidadania e da justiça social às populações residentes em municípios fronteiriços.

Todavia, ainda são escassos os estudos voltados para mensurar o impacto da implantação do Mercosul, em especial, na área da saúde. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de que dados atualizados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, gerados a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional e internacional, são praticamente inexistentes.

2.2 MOBILIDADE TERRITORIAL (“DO SAMBA AO TANGO E VICE-VERSA”): O ACESSO À SAÚDE EM MOVIMENTO

A mobilidade é um dos traços mais marcantes das sociedades contemporâneas, inclui múltiplos componentes, envolvendo pessoas, bens, serviços, capitais, informação, imagens, etc. Para contemplar o objeto de nosso estudo, trataremos da categoria visando ao aspecto territorial, entendendo-se a mobilidade como indicação da relação de movimento entre posições sociais diversas, levando-se em consideração vários atributos como: econômico, político, social, profissional, entre outros.

Na análise de Bobbio (2000), a Mobilidade Social ocorre quando as diversas camadas se compõem em função da combinação desses atributos. Ilustrando essa apropriação, trazemos Sennett (2000, p.89-91), por este autor defender que:

A cultura moderna do risco caracteriza-se pela mobilidade, porque não se mover é sinônimo de fracasso, e a estabilidade parece quase uma morte em vida. Portanto, o destino importa menos que o ato de partir. Imensas forças econômicas e sociais dão forma à insistência de ir adiante; à desordem das instituições, o sistema de produção flexível, realidades materiais que fazem água. Ficar quieto equivale a ficar fora do jogo. [...] Não é que a desigualdade e a diferença social tenham desaparecido; nada mais distante do que isso. Ao contrário, é como se, ao entrar em movimento, de repente

fosse suspensa a realidade pessoal; ninguém é tão calculista, nem escolhe tão racionalmente, mas espera que algo surja com a mudança.

Geralmente os indivíduos e ou grupos movimentam-se no sentido de suprir as mais diferentes necessidades. Sob esse prisma, também a busca por direitos sociais concretos pode impulsionar a Mobilidade Social no aspecto territorial. E, nesse sentido, percebe-se um aumento significativo da mobilidade das pessoas entre os municípios alvo de nosso estudo, tornando-se importante enfatizar o direito de ir e vir da população, também em busca do acesso à saúde, percebendo-se as áreas de fronteira como território de integração, e não apenas limite geográfico.

Assim, em concordância com Travassos (2000a), a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas.

Para Travassos (2000b), inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades. Assim, desigualdades no uso de serviços de saúde, ou seja, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros.

Em outras palavras, para a autora, o uso de serviços de saúde está relacionado às necessidades e ao comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como às formas de financiamento, nos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento.

Também para Unglert (1990), o acesso à Saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas. O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade das populações. Um dos fatores que contribuem para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde.

Mesmo que cada país tenha sua lei própria, cultura e soberania, no momento em que se fala do bloco em si, ou seja, do Mercosul, tem-se a idéia de que há uma união e aproximação entre os Estados membros, características essas delimitadas pela zona de ocupação de cada país.

Assim, embora os movimentos migratórios internacionais sejam datados de muito tempo, Patarra (2000), argumenta que esses reassumem, sobretudo a partir dos anos 80, uma crescente importância no cenário mundial. Cenário este que, devido às grandes transformações econômicas, sociais, políticas, culturais e ideológicas em curso, caracteriza-se, infelizmente, por desigualdades regionais acentuadas e pela manifestação crescente de conflitos localizados, e também pelas tentativas de constituição de mercados integrados; dentre esses os de interesse específico, como é o caso do Mercosul.

Nesse contexto, trazer à tona a questão da mobilidade territorial de pessoas implica, necessariamente, vincular-se a essa compreensão a dimensão existente entre a população e o desenvolvimento; como parte integrante e fundamental de políticas populacionais que envolvam a problemática das migrações internacionais contemporâneas em todas as suas implicações.

Nos casos dos blocos de integração econômica, aqui se tratando especificamente do Mercosul, existe segundo Patarra (2000), a especificidade inerente dada pela própria jurisdição que ancora os acordos entre os Estados Nacionais, uma vez que envolvem flexibilização na circulação de mercadorias e nos fatores de produção; a livre circulação de trabalhadores passa, então, a constituir um corolário dos tratados, ensejando, na prática, situações tensas e conflituosas.

Os compromissos assumidos pelos governos de todos os países integrantes do Mercosul, neste caso, o Brasil e a Argentina, já evidenciam a necessidade de um tratamento específico, uma vez que, necessariamente, qualquer ação ou planejamento referente à questão dos movimentos populacionais internacionais dependem de acordos bi ou multilaterais entre esses países.

Autores como Patarra (2000), a esse respeito, lembram que o Tratado de Integração Econômica do Mercosul incide sobre um contexto socioeconômico e cultural já pré-existente, marcado por movimentos migratórios, predominantemente agrários, que significaram o transbordamento dos limites nacionais de tensões, conflitos e estratificação social dos países

envolvidos. O que, para a autora, implica a existência de algumas especificidades nos processos que envolvem transferências populacionais trans-fronteiriças, na perspectiva do Brasil, merecem destaque as modalidades de transferências populacionais, respectivamente, com os países do Cone Sul, dentre estes o Brasil e a Argentina.

A discrepância mais evidente, segundo Patarra (2000), é constituída pela própria extensão territorial das unidades geográficas dos países latino-americanos onde a política colonial portuguesa forjou, no caso brasileiro, um território unificado, geográfica e linguisticamente, que compreende 8.512 km² de extensão, contando, neste início de século XXI, com uma população de aproximadamente 170 milhões de habitantes.

No caso da Argentina, que possui origem na colonização espanhola, o país possui proporções que compreendem 2.767 km², urbanização precoce; marcado por uma influência européia peculiar, adere, na contemporaneidade, ao processo de integração – Mercosul, com uma população de aproximadamente 36 milhões de habitantes.

Dando continuidade, Patarra (2000), diz que esses resultados expressam conseqüências das raízes históricas datadas do século XIX, ocasião de graves crises político-sociais na Europa e movimentos de emancipação dos países latino-americanos, os quais acabaram por resultar num novo fluxo imigratório para a região. Esse fluxo imigratório teve como principal destino a Argentina, o Brasil, o Uruguai e o Chile, com notável participação de imigrantes italianos, principalmente ao final do século, cuja influência cultural, social e econômica, bastante expressiva, configura-se como um dos traços de confluência entre os países do Cone Sul (com exceção do Paraguai).

No contexto latino-americano, a Argentina e o Brasil são os países que apresentam um processo de industrialização mais estruturado, porém, marcado por dificuldades diversas e configurando acentuadas desigualdades sociais.

No entanto, todos os países envolvidos no processo de integração econômica enfrentam, em especial, no âmbito do Mercosul, a necessidade de situarem-se no novo contexto, correlacionando forças internacionais, simultaneamente, a processos internos e precoces de reestruturação produtiva; endividamento interno e externo; enxugamento do aparelho estatal; e, com especificidades locais, deterioração das condições de vida de amplos segmentos de suas populações.

Por outro lado, o ritmo de crescimento populacional, no Brasil e na Argentina como nos demais países da América Latina no seu conjunto tem diminuído significativamente nas últimas décadas. De acordo com informações apresentadas no Boletim Demográfico da América Latina e Caribe em 2002, a estimação e projeções da população do Brasil e da Argentina de 2000 a 2005 são as seguintes:

Tabela 2 – População: Brasil e Argentina

	Argentina	Brasil
População Total (2000)	37.031.802	172.236.000
Taxa de Fecundidade (2000-2005)	2,4 filhos por mulher	2,1 filhos por mulher
Esperança de vida ao nascer (2000-2005)	Total: 74,4 H: 70,6 M: 77,7	Total: 69,3 H: 65,5 M: 73,3

Fonte: Astorga (2004). Estudo da Rede de Serviços de Saúde da Fronteira: Brasil Argentina e Paraguai (2001-2002)

Algumas especificidades nos processos que envolvem transferências populacionais trans-fronteiriças, merecem destaque, e percebe-se, por sua vez, que conferências internacionais recentes evidenciam uma grande preocupação dos países com os movimentos populacionais internacionais contemporâneos, na tensão entre os condicionantes de um mundo competitivo e internacionalizado, com tecnologias poupadoras de mão-de-obra de um lado, e o avanço das conquistas de direitos humanos, em suas várias dimensões, de outro lado.

Para Hazenbalg e Frigerio (1999), as forças que acionaram os deslocamentos de brasileiros com direção à Argentina são de duas naturezas: uma de caráter rural, direcionado principalmente à província de Misiones, constituída por trabalhadores e pequenos proprietários agrícolas. Outra, de caráter urbano, caracterizada por gerentes de alto escalão de empresas nacionais e internacionais, mais nitidamente relacionadas com a internacionalização da economia que o contexto recente tem propiciado, destinando-se, em sua grande maioria, à Área Metropolitana de Buenos Aires.

Inicialmente, Hazenbalg e Frigerio (1999), constatam que os migrantes brasileiros encontravam-se majoritariamente na cidade de Buenos Aires, mas a partir da década de 1960, o fluxo migratório dirigido a Misiones se intensifica de modo que, em 1970, 50% dos brasileiros recenseados na Argentina estavam localizados nessa província; em 1991, mais da metade dos imigrantes brasileiros encontravam-se em Misiones e algo menos de um terço na Área Metropolitana de Buenos Aires - AMBA.

Um estudo de Patarra (1996), apresenta o perfil dos migrantes brasileiros que se dirigiam a Buenos Aires bem diferente daqueles que foram para a província de Misiones; com marcante diferença entre a população urbana e a população rural, percebendo-se, também, diferenças econômicas e demográficas.

A maioria dos imigrantes vindos do Brasil que se dirigiu à província de Misiones possui uma posição socioeconômica baixa; de acordo com Patarra (1996), 3/4 do total desses imigrantes não completaram o curso primário. As principais atividades econômicas do grupo estão relacionadas à agricultura, sem grandes qualificações. Para a autora, a inserção dos brasileiros no mercado de trabalho de Misiones, em setores mais dinâmicos, é fraca; metade da população total em atividades de trabalho é assalariada e somente 20% dos brasileiros ocupam essa categoria. As migrações de brasileiros a Buenos Aires vêm se intensificando com o processo de integração econômica dos países do Cone Sul; desde 1994, tem aumentado o número de técnicos, executivos, profissionais e gerentes que são transferidos para a Argentina por empresas sediadas no Brasil.

Esse tipo de migrante é caracterizado pelo alto nível de qualificação profissional e, conseqüentemente, por uma posição econômica mais alta. Dos imigrantes brasileiros que vivem em Buenos Aires, 40% completaram ou superaram o nível secundário, sendo que os mais jovens têm nível educativo mais alto do que os mais velhos. Os trabalhadores brasileiros, neste caso, distribuem-se de forma mais homogênea entre os grupos qualificados e não qualificados, sendo que as atividades dos diversos setores exigem uma maior complexidade de tarefas (PATARRA, 2000).

O movimento de emigrantes brasileiros para a Argentina sempre foi o menos intenso dentre os países do Mercosul; para Patarra (2005), é possivelmente uma conseqüência das políticas migratórias da Argentina, que desde 1876, possuía políticas que oscilaram entre o incentivo à imigração e à maior regulamentação, mas até 1940 não havia leis que regulassem a entrada de migrantes; desde então, os movimentos populacionais que adentravam o país começaram a ser uma preocupação para o governo argentino, e as fronteiras começaram a ser regulamentadas. Em 1940, o governo argentino instituiu a Lei de Fronteiras, que proibia a compra de terras por parte de estrangeiros nas divisas.

Apesar da Lei de Fronteiras, uma significativa parcela de brasileiros, procedente principalmente do Rio Grande do Sul, vem migrando desde os anos 1970. Dentre esses muitos

brasileiros, de acordo com Baastian e Plata (1999), existe um expressivo número de pequenos proprietários brasileiros que conseguiu adquirir lotes em condição ilegal, oriundos de uma situação pregressa precária, em sua maioria agricultores sem terra e trabalhadores sem qualificação, em condição de difícil acesso à terra no lado brasileiro.

Na verdade, essa modalidade de fluxos está fortemente marcada pelo processo de valorização e mercado de terras no país; a acentuada elevação do preço da terra no Brasil que, conseqüentemente, promoveu a compra de terras nos países vizinhos por grandes proprietários e ou empresários agrícolas brasileiros; estimou-se para metade dos anos 1990 que, na Argentina, de mil produtores de arroz, 250 eram brasileiros (SALES, 1996).

A formação de blocos econômicos, como anteriormente, se mencionou passa a ser considerada como estratégia de enfrentamento da crescente competitividade, também em nível internacional, reforçando-se, por sua vez, as forças de atração e de expulsão de população entre os países, com fluxos expressivos de deslocamento, principalmente entre países que oferecem atrativos no que concerne à supressão das necessidades de sobrevivência.

Nesse sentido, na América do Sul, as tratativas de enfrentamento da competitividade, firmadas através da criação do Mercosul, possuem uma especificidade regional acentuada, principalmente pelas condições de vida das populações fronteiriças as quais apontam desafios frente a necessidade de se firmarem alianças que promovam o encaminhamento de compromissos dos países em transformar acordos também, em melhorias das condições de vida das populações envolvidas. Percebe-se que, no aspecto jurídico, os países do Mercosul, cedo ou tarde, deverão redefinir a situação dos grupos populacionais fronteiriços no sentido de entendê-los e tratá-los não mais na condição de estrangeiro ou de imigrante, e sim na condição de cidadão comunitário.

Nessa perspectiva, é importante enfatizar um dos aspectos dos direitos humanos: o direito de ser cidadão do mundo. “A migração alarga o conceito de pátria para além das fronteiras geográficas e políticas, fazendo do mundo a pátria de todos”, escreveu J. B. Scalabrini, no início do século passado. É urgente criar novos espaços sociais para todos e tomar decisões políticas capazes de ratificar os valores, tomando atitudes práticas consoantes a essa nova política do direito fundamental de os homens viverem com dignidade no país que desejarem. Sob esse prisma, parece-nos que a relatividade de pertencer a um ou a outro país

é tão irrelevante, se mergulharmos na humanidade como uma família global que possui responsabilidade e compromisso nesse processo.

Porém, frente a um fenômeno que tem causas e características supranacionais, diz Mármora (1997), as políticas de cada país, por mais abertas que sejam, o são ainda pouco. Faz-se necessário um conceito mais amplo, que inclua as variáveis internacionais no tratamento do tema migratório, a fim de que as políticas nacionais possam incluir estratégias concretas assumidas em consensos regionais e mundiais para que as fronteiras formais nunca possam sobrepor-se às fronteiras éticas.

À apreensão de Mármora (1997), soma-se a observação de Travassos (1997), quando considera que a questão da igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde deva ser abordada em, pelo menos, duas dimensões: a primeira seria a dimensão geográfica; e a segunda, a dimensão social. A primeira, a dimensão geográfica, diz respeito à comparação na utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas e pode ser mensurada a partir da análise de taxas de utilização entre regiões, estados e municípios.

Para Travassos (1997), as variações geográficas refletem, em grande parte, diferenças na capacidade local de financiamento, as quais que vão impactar o tamanho e a complexidade da rede de serviços, assim como no caso brasileiro, dada à pluralidade do atual sistema de saúde, a capacidade de compra de serviços de saúde das populações locais. Variações nessas taxas expressam desigualdades geográficas, mas não espelham diretamente as desigualdades sociais, ou seja, desigualdades entre os grupos sociais que são observadas intra-estados ou municípios.

Travassos (2004), entende que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde. Para a autora, o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

3 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresentamos a trajetória de questões relativas ao percurso de investigação percorrido, objetivando a defesa de nossa proposta de que o acesso à saúde, construído historicamente, seja garantido efetivamente como expressão de direito humano fundamental social às populações, independentemente de território e de nacionalidades. O itinerário de busca demonstrou algumas situações previstas na elaboração de nosso projeto de pesquisa e, outras não previstas. Sendo assim, descreveremos nossa caminhada, abordando de forma sistematizada as etapas da pesquisa, a metodologia utilizada e o processamento de análise das informações colhidas, buscando-se evidenciar os objetivos inicialmente contemplados e perseguidos no decorrer de nossa construção.

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar o acesso à saúde em municípios fronteiriços em nível nacional e internacional, a fim de fornecer subsídios para uma análise mais ampla da saúde pública no âmbito do Mercosul.

3.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar critérios de acesso aos serviços de saúde existentes nos municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira e Barracão (Brasil) e Bernardo de Irigoyen (Argentina);
- ✓ Identificar algumas das formas de organização utilizadas pela população, no acesso aos serviços de saúde nos municípios fronteiriços entre Argentina e Brasil, a partir da observação do cotidiano em Unidades de Saúde.

- ✓ Analisar diferenças nas concepções de saúde dos profissionais e dos gestores pesquisados, percebendo se os reflexos na organização dos sistemas de saúde determinam a mobilidade territorial para o acesso aos serviços impondo reformulações e proposições de políticas públicas, que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença, além fronteiras (*vir a ser*);

Estabelecidos os objetivos de nossa construção, passamos para o percurso da pesquisa, que apresenta com maior propriedade a organização de nosso estudo.

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Romper as barreiras das máscaras sociais (...)
Rejeitar Estereótipos (...)
Agregar, Emergir
Retornar às origens
Nesta vasta “Interrogação”
 (Marcionílio de Paiva)

Nosso objeto de estudo define-se na análise do acesso à saúde no âmbito do Mercosul, mais especificamente nos municípios de Barracão (PR/BR), Dionísio Cerqueira (SC/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/AR), privilegiando-se para a obtenção das informações a realização de entrevistas com Gestores Estaduais e Municipais, Profissionais de Saúde, e a observação *in locus* em Unidades de Saúde dos municípios e, conseqüentemente, Estados/países envolvidos.

Para compreender a complexidade do acesso à saúde e as relações com o contexto no qual se produz, utilizamos a metodologia qualitativa. Como aponta Minayo (1994b, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Privilegiamos, em nossa análise, o contexto local e o macro contexto; as práticas de saúde e a organização do processo de trabalho; as políticas de saúde e as organizações destas nas instituições; as mudanças ocorridas com relação ao acesso à saúde a partir da implantação

do Mercosul nos municípios fronteiriços de Barracão (PR/BR), Dionísio Cerqueira (SC/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/AR). Tais elementos oferecem condições e possibilidades para o desenvolvimento de políticas públicas integradas entre o Brasil e a Argentina.

Para tal, os achados apreendidos da realidade foram sistematicamente relacionados com o material teórico que serviu de referência à pesquisa, produzindo-se uma releitura da realidade com a ênfase e o alinhamento determinados pelo material teórico. Porém, cabe salientar que o desenvolvimento concreto da investigação, delineada no projeto de pesquisa inicial, realizou-se com alterações ditadas pela adequação a novas contingências não previstas, sumarizadas a seguir:

Fase I: Coleta de dados

1) Pesquisa através da Internet: A respeito do Mercosul, buscou-se informações na área da saúde, contemplando-se reuniões, tratados, legislações, entre outros. A perspectiva de nesse meio também encontrar a divulgação das ações dos governos envolvidos no projeto foi frustrada, uma vez que as ações dos governos não ocupavam espaço significativo no período pesquisado. É importante salientar que a pesquisa documental tendo por base informações retiradas da Internet, programada inicialmente para ser desenvolvida após a realização das entrevistas, teve sua ocorrência antecipada por questões operacionais definidas: a autora sentiu-se exigida a uma recuperação cronológica do já vivido e visualizado através das leis de criação do Mercosul para, somente após, partir para a realização das entrevistas. A nova cronologia oportunizou recolocar, inicialmente, a produção dos dados primários necessários à pesquisa após a recuperação de dados secundários, possibilitando melhor orientação à pesquisadora para a ordem dos eventos político-administrativos tanto no Brasil quanto na Argentina, ocorridos no período pesquisado, o que situou com propriedade a participação de cada entrevistado em relação ao seu envolvimento com o objeto pesquisado.

2) Seleção dos entrevistados: A natureza do problema de pesquisa definiu a escolha dos entrevistados para um processo de identificação deliberado e dirigido, vinculado ao atributo gestor e/ou profissional de saúde. Assim, foram selecionadas 10 pessoas que, no período pesquisado (gestão político-administrativa 2004 a 2007), exercem cargos públicos relacionados com a implementação da saúde no âmbito do Mercosul, nos municípios de

Barracão (PR/BR), Dionísio Cerqueira (SC/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/AR). Foram priorizadas, na seleção realizada, as funções de Gestor/representante institucional e, conseqüentemente, responsável pela tomada de decisões no que diz respeito ao planejamento e operacionalização de serviços e políticas institucionais, e de profissionais de saúde que tenham cursado nível superior e estejam vinculados às instituições pesquisadas há pelo menos dois anos, cuja atividade seja a operacionalização dos serviços oferecidos pertinentes à área da saúde naquele espaço institucional. Dessa forma, colaboraram com nossa pesquisa 02 Gestores representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, 01 Gestor representante da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, 01 Ministro da Saúde da Província de Misiones¹⁵, 01 Gestor representante da Secretaria Municipal de Saúde de Barracão, 01 Gestor representante da Secretaria Municipal de Saúde de Dionísio Cerqueira, 01 Gestor representante da Secretaria Municipal de Saúde de Bernardo de Irigöyen e 03 profissionais da saúde, sendo que 02 profissionais são vinculados ao município de Dionísio Cerqueira e 01 ao município de Barracão. Totalizando uma amostra de 10 sujeitos, que na apresentação da pesquisa, serão identificados como Gestor Estadual A, B, C e D, Gestor Municipal A, B, e C e Profissionais de Saúde A, B e C. Salienta-se que a identificação e seleção das funções corresponderam ao entendimento da pesquisadora de que nesse *locus*, concentram-se o poder formal e as condições privilegiadas de observação e de interferência no acesso à saúde além fronteiras, o que justificou fazer desse conjunto de funções o universo a ser fonte de informações para a pesquisa proposta. É importante justificar que o maior número de entrevistados é constituído por representantes do Estado/Município de Santa Catarina, pela facilidade de acesso e disponibilidade de informações. E relevante mencionar que os gestores argentinos quando procurados para participar da pesquisa, aceitaram prontamente, inclusive se disponibilizando nos receber em diferentes dias e locais, caso houvesse necessidade, no entanto, com relação aos profissionais, percebeu-se certa “resistência” alegando-se indisponibilidade, falta de tempo e desconhecimento do assunto. O que definiu a inexistência da participação de profissionais argentinos em nossa pesquisa.

a) Roteiro de perguntas para a elaboração das entrevistas: A elaboração do roteiro de perguntas (Anexo C) para a realização das entrevistas foi precedida pela releitura de nossa

¹⁵ Na Argentina devido à estrutura administrativa existente naquele país, o título de Ministro da Saúde, corresponde ao cargo de Secretário Estadual de Saúde, no Brasil.

proposta inicial no projeto de tese, tendo sido transferidas para os entrevistados as problematizações contidas naquele. Foi repassada aos entrevistados, através das perguntas apresentadas, a síntese dos questionamentos e inquietações da própria autora. A proposta contemplada pela autora foi a produção de um roteiro de questões semi-abertas, com a possibilidade de colocações por parte de cada entrevistado. Para tanto, em síntese, o roteiro abordou as categorias analíticas privilegiadas, na expectativa de que as contribuições dadas por entrevistado se constituíssem em material específico e, ao mesmo tempo, geral sobre cada uma das categorias. No momento da entrevista, a autora procurou assumir uma postura explicitamente interativa, incorporando a premissa de que o processo de construção do conhecimento poderia dar-se durante o diálogo pesquisadora-sujeito pesquisado. Principalmente, no sentido de haver necessidade de reorientar o direcionamento das perguntas apresentadas para os entrevistados, esclarecendo dúvidas, lacunas e questões surgidas durante o relato de cada entrevistado. Como resultado desse encaminhamento, cada roteiro de cada entrevista transformou-se em vários aspectos, representando um documento único e, principalmente, particularizando o contato da pesquisadora com os sujeitos-pesquisados.

b) Preparação e execução das entrevistas: Inicialmente, foi mantido contato telefônico com cada entrevistado selecionado, e/ou por vezes, como no caso os gestores estaduais, tanto no Brasil quanto na Argentina, através de suas respectivas secretárias, repassando-lhes informações sobre a realização da pesquisa, também foi feito convite para colaborar com a mesma. Salienta-se a disposição dos contatados na colaboração e no aceite do convite. Solicitou-se, então, através de via eletrônica (e-mail), ocasião em que também foram enviadas informações gerais acerca da pesquisa, o agendamento de entrevistas que foram realizadas em local, data e horário definidos pelos entrevistados. Sendo sistematicamente precedidas por uma síntese oral sobre os objetivos da pesquisa em desenvolvimento e um sumário de perguntas a serem formuladas, permitindo uma visão de conjunto aos entrevistados. A duração da entrevista foi variável, de 35 a 55 minutos, tendo sido gravada com a anuência dos sujeitos da pesquisa e, posteriormente, transcrita e o material submetido à análise. Nesse aspecto, concordamos com Silveira (2000, p.6), quando salienta o cuidado necessário que o pesquisador deve ter com questões éticas envolvidas no trabalho de campo.

O entrevistador deve explicar a finalidade da pesquisa antes de iniciar a entrevista e deve garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e obter o consentimento do informante, ou seja, o pesquisador deve estar seguro que o entrevistado entendeu a finalidade do trabalho e deseja realmente participar dele.

Finalizando, cabe ressaltar que, pelas características do presente projeto, envolvendo diretamente a pesquisa com seres humanos, foram seguidas as normalizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97. Em anexo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo D).

Fase II: Ordenamento e análise dos dados

a) **Sistematização dos dados e hierarquização do conteúdo coletado**: O material acumulado a partir da busca das diversas fontes já citadas foi avaliado, parecendo-nos clara a definição, no conjunto do material disponível, de alguns temas¹⁶ mais relevantes do que outros, quando colocados em articulação com o problema sob investigação. Partindo dessa premissa, os temas foram destacados em “unidades temáticas¹⁷” que, agregadas ao conjunto das demais unidades temáticas selecionadas, constituíram “blocos temáticos” que nuclearam os conteúdos que se inter-relacionaram com o problema da pesquisa.

b) **Definição das categorias analíticas**: A partir dos blocos temáticos, entendidos pela sistematização da realidade apreendida pelo processo de investigação desenvolvido durante a primeira fase da pesquisa, o processo de análise prosseguiu com a articulação dos mesmos quanto ao problema colocado sob investigação e ao referencial bibliográfico e teórico disponível. Assim, a articulação da realidade com a teoria, em busca de respostas para o problema de pesquisa, acabou por definir um conjunto privilegiado de unidades temáticas dentro de cada bloco temático. Essas unidades de conteúdos se caracterizaram pela presença de elementos interpretativos relacionados com a realidade sob observação e foram denominadas de “categorias analíticas”, constituindo-se “passagens” que possibilitaram

¹⁶ Tema foi o termo utilizado porque entendido como “uma asserção sobre determinado assunto, podendo ser uma simples sentença, um conjunto delas ou um parágrafo”, de acordo com a definição de BARBOSA FRANCO, Maria Laura P. O que é análise de conteúdo. EDUC, n°6, agosto, (mimeo), p.19.

¹⁷ CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991, p.98.

vincular a realidade apreendida na fase de coleta de dados com a teoria que tentou interpretá-la¹⁸.

c) **Análise e apresentação dos conteúdos:** Finalmente os blocos temáticos foram perpassados pelas categorias analíticas construídas da forma anteriormente colocada, o que acabou por produzir o material trabalhado sob a forma de conteúdos ordenados, os quais foram a base para a construção dos diversos capítulos da presente tese.

A pretensão da autora foi de os conteúdos, assim tratados, oferecerem a possibilidade de esclarecer melhor a versão dos vários sujeitos sociais situados em relação ao problema de pesquisa, ajudando igualmente a constatar como se expressa a concepção e o acesso à saúde na região de municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul, em nível nacional e internacional. O resultado final da pesquisa empreendida, apresentado na forma desta tese procurou dar vazão às inquietações da autora, vivenciadas cotidianamente através do desenvolvimento de seu trabalho, como assistente social junto à 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, na perspectiva de contribuir para ações reflexivas acerca do assunto no que diz respeito ao compromisso de que o acesso à saúde seja assegurado universalmente, por tratar-se da expressão de um direito humano fundamental social.

3) Observação in locus. A observação *in locus* foi inicialmente planejada para ocorrer em uma das Unidades de Saúde de cada município pesquisado, tendo-se como critério de escolha a Unidade de Saúde mais próxima da Aduana (Brasil/Argentina) por entender-se ser o local de maior acessibilidade para a população fronteiriça. No entanto, no município de Dionísio Cerqueira (SC/BR) após a realização da observação *in locus*, na Unidade Central que é a mais próxima à aduana, quando solicitamos a participação dos profissionais para a realização da entrevista, constatou-se que não havia a existência de profissionais, cujo perfil inicial havíamos traçado, principalmente no que diz respeito a profissional com formação em nível superior e permanência com vínculo empregatício no local há pelo menos dois anos. Mesmo com tempo inferior, os dois médicos com vínculo no local, quando procurados, não se

¹⁸ A metodologia utilizada foi construída a partir da leitura dos textos de BARBOSA FRANCO, M.L.P. Op cit; CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991; ZANELLI, José Carlos. Um procedimento informatizado de entrevistas para identificação e análise de problemas organizacionais e sociais (mimeo), 1992.

dispuseram a participar da entrevista, alegando “falta de tempo e outros compromissos” e “desconhecimento do tema” sobre o qual apresentamos ser nossa investigação, respectivamente. Passamos, então, a realizar nossa observação *in lócus* no município de Dionísio Cerqueira (SC/BR) junto à Unidade de Saúde, localizada no Bairro Três Fronteiras, onde permanecemos em observação participante junto à sala de espera por dois dias das 7h e 30min às 11h e 20min aproximadamente, ou seja, durante duas manhãs no mês de setembro/2005. A Unidade possui uma equipe do Programa Saúde da Família, implantada em meados do ano de 1999, para o atendimento de aproximadamente 2.900 famílias de munícipes provenientes da área urbana e rural. O acesso à Unidade de Saúde se dá por meio de uma única porta; e, no mesmo prédio de alvenaria, encontra-se um posto policial. Na sala de espera, há disponibilidade de três bancos com cinco lugares cada um, para um público que se aglomera geralmente em 25 a 35 pessoas no início do atendimento, o qual ocorre geralmente a partir das 7h. A maioria da população encontrada era composta de mulheres com crianças. O local disponibiliza os principais serviços previstos no atendimento da Atenção Básica, ou seja, consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, vacinação para crianças, e possui implantados os Programas de atenção à Saúde da Mulher, do Idoso, de Diabéticos e Hipertensos. A população é organizada para o atendimento da seguinte maneira, ao chegar na Unidade de Saúde, as pessoas apresentam uma carteirinha que é preenchida e distribuída nas residências pelos Agentes Comunitários da Saúde, na qual consta o nome da pessoa, número da família e micro-área de abrangência dentro do PSF. A apresentação de tal “carteirinha” é uma exigência imposta para o atendimento. Observou-se a presença de uma pessoa que veio em busca de medicamentos e argumentou ter vindo morar no bairro há poucos dias, e que, portanto, não possuía a carteirinha. Diante do fato, a atendente inicial anotou o endereço da pessoa e comprometeu-se que a Agente Comunitária de Saúde passaria em sua casa nos próximos dias para cadastrá-la. E que somente a partir de então, ela seria atendida “normalmente”. Não constatamos a presença de nenhuma pessoa proveniente da Argentina na ocasião, e julgamos o fato da exigência da “carteirinha” um dos inibidores por essa busca. Com relação ao atendimento médico e odontológico, constatou-se que não ocorre diariamente, são três dias pré-definidos durante a semana e um cartaz na parede, na entrada do estabelecimento, dá conta de avisar a população acerca dessa informação. Tal constatação deixa evidente que o atendimento e a carga horária preconizados no Programa Saúde da Família – PSF não são observados, uma vez que a PORTARIA Nº 648/GM que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), deixa em evidência a necessidade de dedicação, com jornada de trabalho de 40 horas semanais a todos os integrantes das Equipes, as quais deverão ser compostas por: no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e no mínimo 04 e no máximo 06 Agentes Comunitários de Saúde.

A segunda etapa da observação *in locus* ocorreu no município de Bernardo de Irigöyen (Misiones/AR), mais especificamente no Hospital Área Gral. M. Belgrano, localizado na Avenida das Américas s/n. Encontra-se, nesse local, uma Unidade de Saúde. A observação também ocorreu no período da manhã das 8h às 11h e 30min, durante o mês de outubro/2005. Salienta-se que o atendimento médico nesse local (Unidade de Saúde) ocorre somente no período da manhã; no período da tarde o profissional atende na área destinada ao hospital. Por tratar-se de um local onde se encontra anexo um hospital, a unidade possui várias entradas, sendo que uma é própria para ambulâncias e está interligada com outras que se encontram nas partes frontal e lateral do estabelecimento. Observa-se que o local possui um aspecto bastante “descuidado”, no que diz respeito ao estado físico de conservação dos vários ambiente existentes e dos equipamentos. Na estrutura destinada à Unidade de Saúde; encontramos a presença de aproximadamente 25 pessoas, na sua maioria mulheres e crianças, os poucos homens presentes eram idosos ou funcionários do local e circulavam com frequência em todos os espaços, falando alto entre si e gesticulando muito. Diferentemente que em Dionísio Cerqueira, o local não dispunha de cadeiras e bancos para as pessoas se acomodarem e todos permaneciam em pé formando uma grande fila e aguardando serem atendidos. Observou-se a presença de mães com os filhos para a realização de vacinas. E entravam numa sala próxima ao consultório médico e saíam como geralmente acontece nesses locais, gritos inconsolados de crianças que não entendiam os motivos das insistentes picadas dadas pelos profissionais; e acabavam por assustar os demais “pequeruchos”, que estavam no aguardo no colo ou ombros de suas mães, e cujos olhos brilhantes e esbugalhados eram consolados com um “*no tengas miedo hijo, esto es para su bién; yo estoy a cá*”. Percebeu-se a presença de 04 mulheres grávidas que falavam entre si e aguardavam para realizar o exame de ultra-som. Percebemos que, ao se afastarem do grupo, 02 dessas mulheres falaram o português; mais tarde nos aproximamos das mesmas, indagando-as, informalmente, sobre a procedência das mesmas. Informaram-nos que eram de Dionísio Cerqueira e estavam ali tentando realizar um ultra-som, pois pensavam ser possível fazer o exame com maior rapidez que no município de origem. Também percebeu-se a presença de uma jovem grávida que, na ocasião em que realizamos a observação participante na Unidade de Saúde no município de

Dionísio Cerqueira (SC/BR), no mês de setembro/2005, encontrava-se naquele local para consulta. Indagada, informalmente por nós, se era brasileira ou argentina, respondeu que era brasileira, mas que havia casado com um argentino e, por isso às vezes consultava no Brasil, às vezes na Argentina, pois mudavam de endereço com frequência, de acordo com a disponibilidade de trabalho para o marido, pois este fazia serviços gerais.

A terceira e última etapa de nossa observação ocorreu no mês de novembro/2005, a partir das 8h 45min às 11h na Unidade Central de Saúde do município de Barracão (PR/BR), onde também localiza-se a Secretaria Municipal de Saúde. O local é amplo, arejado e, diferentemente dos locais observados anteriormente, não constatamos a presença de fila para o atendimento. As pessoas são atendidas assim que chegam à Unidade; o local dispõe de um excelente espaço físico e estrutural para atender a população. Assim que as pessoas chegam ao atendimento, identificam-se através de uma carteirinha de confecção municipal na qual constam informações como nome, identidade, endereço e número da família. De posse da carteirinha, a atendente inicial localiza o prontuário da pessoa e a encaminha para a realização do serviço a que veio buscar. No local realizam-se os principais atendimentos referentes à Atenção Básica, como consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, vacinação, serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, além de atendimentos em Programas específicos como Saúde da Mulher, do Idoso, do Adolescente, Diabéticos e Hipertensos. O local também possui uma equipe do Programa Saúde da Família – PSF, que foi implantada no início deste ano de 2005 e consegue atender famílias das áreas urbana e rural do município. Junto ao prédio encontra-se a Secretaria da Assistência Social; e observou-se existir um trabalho integrado entre as Secretarias da Saúde e da Assistência Social, pois, no momento em que uma pessoa veio em busca de atendimento especializado, a atendente inicial a encaminhou para entrevista com a assistente social, para esta fazer o encaminhamento devido. Não constatamos, no local, a presença de algum argentino em busca de atendimento e/ou serviços nesse dia.

Na sala de espera dos três locais, procurou-se observar o movimento das pessoas que buscavam atendimento, a circulação das mesmas nos locais, o modo como chegavam, ocupavam os lugares e conversavam entre si. Nessas ocasiões, pouco se escrevia no diário de campo, anotava-se palavras-chave que possibilitariam recordar, no final do período, o que registrar. Nessa etapa, a proposta de pesquisa foi apresentada para aquelas pessoas que notavam nossa presença e provocavam contatos verbais perguntando: *está esperando para consultar?* Nesse aspecto, a observação participante permitiu-nos dialogar e ouvir as falas das

peessoas que movimentam as salas de espera. A maioria das falas entre as pessoas, nos três locais observados, giravam em torno do trabalho na agricultura, a falta de chuva, o preço recebido pela venda dos produtos agrícolas e, por muitas vezes, sobre os motivos que as traziam até os locais: os exames necessários, as dificuldades de acesso ao atendimento, a demora. Percebendo-se a existência de uma acentuada solidariedade entre as pessoas, no sentido da compreensão do vivido e do consolo entre si, que se expressa por meio de falas que foram observadas nos locais: *“Fazer o quê? Vamos esperar!...”* *“A senhora chegou agora? Já estou aqui desde bem cedo”*, *“Um dia vai melhorar!”* Também foram observadas situações que revelam o fato de as pessoas se automedicarem e indicarem medicamentos, tipo: *“Tomei o tal de ... e melhorei; vai com certeza também fazer bem pra senhora; tente comprar e tomar”*. Com relação à aparência dos usuários dos serviços de saúde, nos três locais, observou-se e destaca-se que a maioria aparentava ser pessoas de nível socioeconômico baixo; em grande parte chegavam até às Unidades de Saúde sem a utilização de meios de transporte e usando vestimentas muito simples.

3.3 CONTEXTO INICIAL

*Doutor! Quando examinar uma criança.
Cuide, por favor, do amor e da esperança.
Que também são saúde!
Veja que os olhos brilhem.
Que a garganta cante.
Que o corpo brinque.*
(Roberto Rezenstiner)

A abordagem da questão saúde se expressa como um fenômeno social específico, histórico, com relações diretas nas condições socioeconômicas e com raízes no cotidiano das relações sociais. Nesse aspecto, procurou-se conhecer as diversas concepções dos pesquisados, procurando-se relativizar a nossa experiência como profissional da saúde adotando-se uma “nova” postura, a de pesquisadora. Entendeu-se que para realizar a pesquisa, fosse essencial distanciar-se do conhecimento prévio que possuíamos como trabalhadora/assistente social na 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, numa perspectiva de estranhamento do que nos é familiar. Nesse sentido, DaMatta (1993, p. 162)

aponta subsídios que nos levam a entender que, para: “[...] que o familiar possa ser percebido antropológicamente, ele tem que ser, de algum modo, transformado no exótico[...]” .

Pesquisar sobre concepções associadas à saúde poderá parecer óbvio para muitos. Porém, Oliveira (1998) nos chama atenção para o fato de que o que possa parecer óbvio, como conhecer percepções e definições sobre saúde e doença, será diferente se percebermos que estas têm características próprias de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos da sociedade.

Portanto, o que alimenta essa tese é a importância de se conhecer de forma mais ampla o contexto cultural em que emerge o discurso dos informantes. Nesse sentido, conforme Langdon (1991), entende-se que a cultura compreende valores, símbolos, regras de vida e costumes, sendo, pois, um conceito central para a antropologia, e devendo ser um conceito primordial para qualquer pessoa que trabalha com saúde diante de diferentes grupos, classes sociais e regiões geográficas.

3.4 NOTAS - CAMPO EMPÍRICO

Julga-se importante apresentar o contexto em que realizamos a pesquisa de campo, possibilitando a visualização de aspectos que consideramos relevantes a serem mencionados, pois permitem melhor compreensão acerca da realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa. E, nessa perspectiva é, sem dúvida, importante considerarem-se as determinações históricas no processo de organização dos serviços de saúde tanto em nível municipal, quanto estadual, nacional e internacional, situando nesse contexto, em especial, os municípios de Dionísio Cerqueira (SC/BR), Barracão (PR/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/Argentina), os quais foram alvos de nossa pesquisa de campo. Reiterando-se que nossa abordagem concentra-se no acesso à saúde de forma individual e coletiva, que se expressa como um fenômeno social específico, histórico, com relações diretas nas condições socioeconômicas e com raízes no cotidiano das relações sociais.

Reduzir as desigualdades sociais e em saúde no Brasil e na Argentina constitui-se um desafio inadiável. Reiteramos que vislumbrar o acesso à saúde como expressão de um direito humano fundamental social, que deve ser garantido às populações independente de território e de nacionalidade, é a proposta fundamental de nossa construção.

Agendas e argumentos comuns têm sido difundidos no âmbito do Mercosul, traduzidos em propostas dirigidas à superação de desigualdades e à efetivação dos direitos. Em nível regional, citamos a realização da Ata de Compromisso realizada entre o Estado de Santa Catarina /Brasil e a Província de Misiones/Argentina, em quatro de março do ano de 2005, objetivando propostas através de ações conjuntas, como: criar calendário único de vacinação para os municípios de Bernardo de Irigöyen e Dionísio Cerqueira; capacitar em forma conjunta os recursos humanos da área da saúde; formar bases comuns de dados epidemiológicos; alçar o orçamento de serviços; conseguir atendimento primário consorciado; instrumentar ações conjuntas diante de emergências; organizar a primeira associação de profissionais e pessoal da saúde do Mercosul; impulsionar em conjunto com os respectivos governos nacionais a primeira Zona Franca de Saúde do Mercosul, para livre trânsito de pacientes e medicamentos; estabelecer a compra conjunta de insumos e medicamentos.

Assim, entender a importância e centralidade desses temas no debate setorial, em especial, no que diz respeito ao acesso à saúde na contemporaneidade, em municípios fronteiriços como Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil, e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, pressupõe tanto aprofundar a reflexão sobre a política de saúde no interior das políticas sociais, quanto perceber possibilidades de incluir, no âmbito do Mercosul, a garantia da efetivação dos direitos humanos, percebendo-se o lugar que a questão da acessibilidade ao universal ocupa nessa discussão.

3.4.1 O município de Dionísio Cerqueira – Santa Catarina

Dionísio Cerqueira é um município fundado em 04 de julho de 1903. No princípio do século XX, pertencia ao Município de Chapecó e já era uma rota internacional de comércio, que se baseava na erva-mate; na ocasião o transporte era feito sobre o lombo de mulas. Em

1925, a Coluna Prestes esteve no município por um considerável período, deixando marcas históricas (e lendas) ainda visíveis, como é o caso do cemitério de soldados mortos na Batalha da Separação, em 1925.

Fig. 2 – Cemitério dos soldados mortos na batalha da separação da Coluna Prestes - 1925



Fonte: Disponível em <http://www.barracao.pr.gov.br/fotos.php>

Em 1940, o Recenseamento Geral do Brasil indicou que Dionísio Cerqueira possuía 900 habitantes. A partir de 1946, migrantes gaúchos começaram a aportar em Dionísio Cerqueira com mais intensidade, ocasionando um impulsionamento econômico, sobretudo, do extrativismo e exportação da madeira, fazendo com que, em 1950, contasse com 2.710 habitantes. Esses migrantes, em sua maioria, eram das etnias alemã, italiana e portuguesa, destaque também para os caboclos, advindos inclusive da região de conflitos do Contestado¹⁹.

Em 1953, sob Lei Nº 133 de 20 de dezembro, Dionísio Cerqueira foi emancipado de Chapecó, sendo constituído município aos 14 de março de 1954. As principais atividades econômicas atuais do município são oriundas da agricultura e da importação e exportação no comércio. Possui segundo IBGE (2000), uma população de 14.286 habitantes e uma área geográfica de 379,3km². As cidades mais próximas são: São Miguel do Oeste, Guarujá do Sul, São José do Cedro, Bernardo de Irigoyen (Argentina) e Barracão (Paraná).

¹⁹ A região denominada "Contestado" abrangia cerca de 40.000 Km² entre os atuais estados de Santa Catarina e Paraná, disputada por ambos, uma vez que até o início do século XX, a fronteira não havia sido demarcada. As cidades dessa região foram palco de um dos mais importantes movimentos sociais do país.

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, de Dionísio Cerqueira é 0,747. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8) Em relação aos outros municípios do Brasil, Dionísio Cerqueira apresenta uma situação intermediária: ocupa a 1947ª posição, sendo que 1946 municípios (35,3%) estão em situação melhor e 3560 municípios (64,7%) estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros municípios do Estado, Dionísio Cerqueira apresenta uma situação ruim: ocupa a 258ª posição, sendo que 257 municípios (87,7%) estão em situação melhor e 35 municípios (12,3%) estão em situação pior ou igual.

A localização estratégica provocou investimentos e levou o Governo Federal a construir no município o único Porto Seco do Mercosul. Dionísio Cerqueira possui a única passagem terrestre de Santa Catarina para o Mercosul e seu Porto Seco é a principal rota bi-oceânica entre as grandes metrópoles do Mercado Comum.

Fig. 3 - O Porto Seco de Dionísio Cerqueira e a rota Bi – Oceânica



Fonte: Disponível em http://www.viamercosul.com.br/bi_oceanica.html

As chamadas “Cidades Tri-Gêmeas”, Dionísio Cerqueira – Santa Catarina/Brasil; Barracão – Paraná/Brasil e Bernardo de Irigoyen-Misiones/Argentina, protagonizam uma situação única no mundo em termos de fronteira seca: são três municípios, três cidades, três estados e dois países que se fundem em um único conglomerado urbano, cujas divisas são apenas ruas.

No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, o município de Dionísio Cerqueira possui várias Unidades/Postos de Saúde.

Tabela 3 – Centros/Postos de Saúde em Dionísio Cerqueira

Centro/Unidade	Endereço
Unidade de Saúde Central	Cidade / Centro – Dionísio Cerqueira
Unidade Três Fronteiras*	Bairro Três Fronteiras ²⁰
Posto de Saúde	Bairro União
Posto de Saúde	Linha Jorge Lacerda (Interior)
Posto de Saúde	Linha São Pedro Tobias (Interior)

Fonte: 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina

3.4.2 Município de Barracão – Paraná

O município de Barracão situa-se junto às cidades de Dionísio Cerqueira em Santa Catarina e Bernardo de Irigoyen na Argentina e, como consequência, no município encontram-se o Marco Divisório Paraná/Santa Catarina/Argentina, construído em 1920, resultado da pendência secular desses limites; e o Marco Internacional Brasil/Argentina edificado em 1903.

Fig. 4 – Marco das fronteiras entre o Brasil e a Argentina



Fonte: Disponível em http://www.ascoagrino.com.br/banco_imagens.html

²⁰ Lócus da realização da Observação Participante.

A posição estratégica de Barracão faz com que o município sirva como ponto redistribuidor dos fluxos de turistas provenientes do Cone Sul, além de apresentar aspectos sui-generis, tais como: uma das suas principais avenidas possuir uma das calçadas no Paraná, e a do lado oposto, em Santa Catarina; ou uma residência construída na divisa dos dois estados, o que confere a seus habitantes a pitoresca situação de se deslocarem entre o Paraná e Santa Catarina, sem saírem de casa.

Fig. 5 - Residência construída na divisa dos estados



Fonte: Disponível em http://www.ascoagrins.com.br/banco_imagens.html

Alguns pontos turísticos são atrações do município, como a Gruta de Santa Emília, localizada numa queda d'água despencando por entre densa vegetação, e que a fé religiosa transformou em local místico, depositando ali seus ex-votos, desde o século passado, quando um desbravador francês chamado Adão Luchef, sentindo-se perdido ao rolar de um penhasco, invocou a proteção de Sainte Emilie de Vielar. A gruta localiza-se no Distrito de Siqueira Bello, distando 25 km da sede.

O município de Barracão foi criado pela Lei 790, de 14 de novembro de 1951, sendo instalado em 14 de dezembro de 1952; situado a 835 m de altitude, clima temperado, área de 177 Km²; Latitude: 26° 16' Longitude: 53° 53'.

O quadro a seguir apresenta algumas informações pertinentes ao município e que foram retiradas de fontes oficiais como IBGE, PNUD e IPEA.

Quadro 3 – Dados município de Barracão/PR

Dados extraídos do Censo Demográfico 2000 – IBGE: BARRACÃO					
População Total:	9.273		Taxa de Crescimento Anual:	1,12%	
População Urbana:	5.826	62,83%	População Masculina:	4.549	49,06%
População Rural:	3.447	7,17%	População Feminina:	4.724	50,94%
Dados extraídos do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD / IPEA / FJP:					
Ano de Instalação do Município: 1951			Distância da Capital do Estado: 445,57 km		
Área: 0.177,60 km ²			Densidade Demográfica: 52,2 hab/km ²		
Esperança de vida ao nascer (em anos): 70,31			Índice de longevidade (IDHM-L): 0,755		
Taxa bruta de frequência escolar: 81,09%			Taxa de alfabetização de adultos: 87,55%		
Índice de educação (IDHM-E): 0,854					
Renda <i>per capita</i> (em R\$ de 2000): 235,19			Índice de renda (IDHM-R): 0,684		
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) Barracão/PR: 0,764					
Média do IDH-M no Paraná: 0,740			Colocação no <i>ranking</i> Estadual: 105° (em 399 municípios)		
Média do IDH-M na Região Sul: 0,771			Colocação no <i>ranking</i> Regional: 664° (em 1159 municípios)		
Média do IDH-M no BRASIL: 0,699			Colocação no <i>ranking</i> Nacional: 1469° (em 5.507 municípios)		

Fonte: Documento disponível no *site* Caminhos, resultado de parceria entre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Relatório gerado a partir do banco de dados informatizado congregando informações da *Matriz Intersectorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes* (elaborada pelo VIOLES/SER/UnB), do *Censo Demográfico 2000 (IBGE)* e do *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD / IPEA / FJP)*. Organização, tratamento de dados e formatação: Eduardo Ramirez Meza.

Tabela 4 – Unidades/Postos de Saúde em Barracão / PR

Centro/Unidade	Endereço
Unidade Central NIS I **	Cidade / Centro – Barracão ²¹
Posto de Saúde	Bairro Copasa
Posto de Saúde	Linha São Jose (Interior)
Posto de Saúde	Linha Alegria (Interior)
Posto de Saúde	Linha Siqueira Bello (Interior)
Posto de Saúde	Linha São Roque (Interior)
Posto de Saúde	Linha Vista Alegre (Interior)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Barracão /Paraná

²¹ Lócus da realização da Observação Participante.

3.4.3 Município de Bernardo de Irigöyen – Misiones / Argentina

Inicialmente Bernardo de Irigöyen, município argentino, permaneceu até meados de 1921 com o nome de *Barracón*, quando, então, em homenagem ao advogado Bernardo de Irigöyen, que atuou na questão da definição de limites entre o Brasil e a Argentina, passa a ser, em 11 de junho, Bernardo de Irigöyen, pertencente à Província de Misiones.

Com a demarcação dos limites territoriais entre Brasil e Argentina e entre Paraná e Santa Catarina surgiram três cidades, caracterizando o local como “Tríplice Fronteira” ou “cidades trigêmeas”. Observando-se a paisagem urbana das cidades fronteiriças, torna-se evidente a formação de um único tecido contínuo em sua apresentação.

As divisas secas entre Brasil e Argentina foram mediadas pelo então presidente dos Estados Unidos, Cleveland, através de Laudo Arbitral de 1895, que estabeleceu o seguinte: *“...Onde as águas das chuvas correrem para o Oeste, pertencerá ao território Argentino...
...Onde as águas das chuvas correrem para o Leste, pertencerá ao território Brasileiro...”*

Pelo processo de ocupação e de urbanização, a fronteira seca é também chamada de fronteira viva. O extrativismo, o desenvolvimento da agricultura e a criação de gado e de suínos na região contribuíram para o processo de colonização e a formação dos pequenos núcleos urbanos ao longo da fronteira Brasil-Argentina.

A população de Bernardo de Irigöeyn segundo informações extraídas do site <http://www.misiones.gov.ar/IPEC/index.htm>, no Censo Nacional da População em 2001, era de 10.889 habitantes.

Tabela 5 - População Total *versus* Urbana e Rural dos Municípios Fronteiriços

	Bernardo Irigoyen		Barracão		Dionísio Cerqueira	
	Total	%	Total	%	Total	%
População Total	10.889	100,00	9.271	100,00	14.250	100,00
População Urbana	5.526	50,75	5.825	62,83	8.610	60,42
População Rural	5.363	49,25	3.446	37,17	3.640	39,58

Fonte: IBGE, <http://www.misiones.gov.ar/IPEC/index.htm>

No que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, o município de Bernardo de Irigoyen possui vários Centros/Postos de Saúde.

Tabela 6 – Centros/Postos de Saúde em Bernardo Irigöyen

Centro/Unidade	Endereço
C.E.P. Bairro Terminal	Bernardo de Irigöyen
Hospital Área Gral. M. Belgrano*	Av. De las Américas s/n (Bdo. Irigöyen) ²²
Posto de Saúde dos Hermanas Esc.363	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde dos Hermanas Esc.287	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Esc.775 Sarmiento	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde María Soledad	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Piñalito	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Piray Miní	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Sanit. Paraje Macaco	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Sanit. Campiñas de América	Bernardo de Irigöyen
Posto de Saúde Sanit. Gramado	Bernardo de Irigöyen

Fonte: <http://www.misiones.gov.ar/salud>

Fig. 6 - Vista aérea das cidades trigêmeas: Barracão/PR, Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigöyen / Misiones - Argentina.



Fonte: Disponível em <http://www.barracao.pr.gov.br/fotos.php>

Se observada, a figura nº. 6 dá conta de ilustrar, o que se vê na prática, as diferenciações existentes entre as três cidades fronteiriças. No reconhecimento de necessidades locais, o marco sinalizador da figura aponta além da divisão territorial, que inclusive para muitos visitantes desavisados pode se apresentar in(visível), também a possibilidade de fazer-se uma analogia no que concerne ao acesso aos serviços de saúde

²² Locus da realização da Observação Participante.

fronteiriços existentes, uma vez que se percebe através da linha marcadora/imaginária das divisas entre as três cidades, que o acesso terrestre à cidade de Barracão (PR) se dá por via asfáltica, à cidade de Dionísio Cerqueira (SC) por via de calçamento (paralelepípedos) e à cidade de Bernardo de Irigoyen (Misiones) por estrada de chão.

Apresentados brevemente os municípios pesquisados, passar-se-á para uma abordagem do contexto inicial da pesquisa empírica, na perspectiva de considerar-se as determinações vivenciadas no processo de investigação percorrido no contexto, dos municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira (SC/BR), Barracão (PR/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/Argentina), os quais foram alvos de nossa pesquisa de campo.

4 PRÁTICAS DO COTIDIANO: UM CAMPO DE ESTUDO NA CONSTRUÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

“O real não tem portas dos fundos”
Arthur Omar

Uma vez situado no capítulo anterior o espaço da pesquisa, neste capítulo, abordaremos a aproximação com o campo empírico, visando contemplar o entendimento dos sujeitos pesquisados e as práticas observadas no cotidiano dos serviços de saúde, através da observação participante nos municípios de Barracão e Dionísio Cerqueira no Brasil e Bernardo de Irigöeyn na Argentina. Diante de tal apreensão, elaboramos a seguinte questão Norteadora para iniciar nossa investigação.

1ª. Questão Norteadora - As demandas oriundas das populações com diferentes perfis sociais, econômicos e políticos e que cotidianamente procuram acesso aos serviços de saúde determinam que os gestores e profissionais da área da saúde na região dos municípios fronteiriços se instrumentalizem quanto a conteúdos teóricos e práticos e, especialmente, de conhecimentos sobre legislação na busca de respostas a essas demandas?

4.1 CONCEPÇÃO DOS PESQUISADOS ACERCA DA SAÚDE

Inicialmente, entende-se ser primordial saber a concepção de nossos pesquisados acerca do significado de ter saúde e, neste aspecto, o I Capítulo deste trabalho registra que conceituar a saúde tem sido busca constante na história da humanidade, pois se observou que as várias concepções, tanto da saúde quanto da doença, foram determinadas por transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, próprias de cada povo e de cada época.

É como entende Assis (2003), quando menciona que o processo saúde-doença, por um lado, é conformado pelas raízes históricas e culturais socialmente construídas e reinterpretadas pelos indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas concepções de mundo,

suas condições de existência, seus interesses específicos e sua inserção na organização de uma determinada sociedade; por outro, as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços tomam como base o sistema de crenças vigente sobre o processo saúde-doença que é pautado no paradigma biomédico.

Assim, considera-se que as concepções dos sujeitos pesquisados significam e possibilitam maior entendimento do homem em sua complexidade; permitem visualizar a compreensão acerca da saúde existente, trazendo para as falas o significado de ter saúde para cada um.

A maioria dos profissionais da saúde utilizou-se do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), embora, muitas vezes, de forma muito abrangente, incompleta e desarticulada. Demonstrando, portanto, que mesmo a saúde sendo algo cotidiano na vida e no trabalho dessas pessoas, existe grande complexidade ao conceituá-la.

As falas a seguir expressam o que afirmamos:

Se a gente lembrar da saúde enquanto definição da OMS, a gente começa com a saúde é o resultado (...), mas quando a gente trabalha com saúde e/ou com saúde e educação, acho que fico com uma frase assim, como vou te dizer..., ah, saúde é bem estar; saúde é educação, é se sentir bem, acho que é por aí. (Profissional da Saúde – C)

Quando se fala em saúde, a primeira coisa que lembro é do conceito mundial da saúde, mas trazendo para a nossa realidade acho que saúde é um bem estar completo. Sentir-se bem com a família, no seu lar, na sociedade e não apenas a ausência da doença.(...) É o bem-estar físico, psicológico, emocional. (Profissional da Saúde – A)

As concepções atribuídas pelos entrevistados demonstram uma visão dinâmica, no entanto, reforçada em certos momentos, por algumas categorias que se articulam entre si, como é o caso da relação feita entre o físico, o psicológico, o emocional, deixando evidente a noção de que quando algo incomoda, logo se mostra no corpo, ou seja, torna-se aparente.

Com relação aos Gestores, a concepção é representada da forma, como nos termos a seguir.

Saúde é o resultado do consumo social/coletivo de educação, alimentação, lazer, emprego, transporte, e acesso aos serviços de saúde (...) é também um modo singular de andar a vida, de assumir limites e potencialidades

*buscando a satisfação de desejos e a plena realização individual e social.
(Gestor Estadual de Saúde - A)*

A saúde é representada por algo sentido e vivido. As falas relacionam o fato de alimentar-se, como um dos determinantes da saúde. A alimentação pode ser considerada como possibilidade de intervenção dos serviços de saúde e, portanto, enfoque da atuação profissional, por se tratar de um objeto de ação no plano individual e por a responsabilidade de sua eficácia estar sob os próprios sujeitos.

Já a visão marxista nos remete ao pensamento de que o homem é ser animal e identifica-se diretamente com sua atividade vital, fazendo-se um só. Ele é a própria atividade. O que o distingue dos outros animais é a atividade vital consciente que o torna um ser genérico. Desta forma, deve-se refletir sobre o sentido pessoal da atividade e o seu reflexo nos outros indivíduos. Também chamou-nos atenção a relação feita pelo pesquisado a respeito da saúde como resultado do consumo social/coletivo²³.

O consumo coletivo é um conceito utilizado por alguns autores, entre eles Manuel Castell e refere-se principalmente aos bens e serviços que, nas cidades, tendem a ser produzidos e consumidos em nível coletivo. Incluem, por exemplo, escolas públicas, bibliotecas, ruas, serviços de saúde, entre outros.

Outras representações da saúde, por sua vez, ressaltam diferentes aspectos, como na seguinte formulação.

No meu trabalho, tentamos manter a saúde e o bem-estar das pessoas e, quando a mesma está debilitada, oferecemos a consulta, os exames; e, se for necessário a internação. (Profissional da Saúde A)

Se fizermos um retrocesso histórico, perceberemos que a questão da saúde centrada nos aspectos biológicos e definida a partir de sinais e sintomas, retrata, na verdade, um modelo “médicocêntrico” e biologista, que figurava no Brasil e também na Argentina na década de 70, tendo como característica principal a queixa-cura e apresentando baixa resolutividade nos atendimentos.

²³ Leitura sugerida a respeito do consumo coletivo: Castells, Manuel 1977: *The Urban Question: A Marxist Approach*. Trad. Por A. Sheridan. Cambridge: MIT Press Sauders, Peter 1981: *Social Theory and Urban Question*. Londres: Hutchinson.

Para Sawaia (1995), não basta a ampliação do enfoque biológico, abrangendo o psicológico e o social como variáveis para superar a dicotomia mente-corpo, instalada desde Descartes. Saúde é uma questão eminentemente dialética entre o aspecto sócio-histórico e individual. Observa-se que, na sua maioria, as considerações feitas pelos sujeitos pesquisados se referem às ações básicas de saúde importantes, tanto na prevenção e promoção da saúde, quanto na recuperação.

Chamou-nos a atenção que a ausência de prevenção não foi justificada por fatores de ordem social ou econômica, simplesmente pela falta de orientações e de empenho pessoal, conforme se ilustra abaixo:

[...] da mesma forma são respeitadas as individualidades de cada cliente atendido, procurando reconhecer as causas do comprometimento de sua saúde e estabelecer medidas de tratamento, tanto preventivo como curativo. (Profissional da Saúde - B).

Parece-nos que o fato da prevenção se mostra desarticulado de outros fatores alheios à própria vontade do indivíduo, apontando uma realidade desatrelada da realidade social, dando-se a impressão de que o indivíduo é o único responsável pela situação de saúde ou doença em que se encontra, não se levando em consideração os aspectos políticos, econômicos e sociais desta mesma realidade.

Apresentaram-se, também, manifestações relacionando o fato de ter saúde com o estado emocional, como nas formulações a seguir:

Para mim, não é somente a ausência de uma doença, mas sim, o bem-estar físico, psíquico, emocional, social, econômico [...] (Profissional de Saúde - C)

Quando falamos da dimensão emocional da saúde, estamos nos referindo a sentimentos, tais como: depressão, tristeza, culpa, solidão, alegria, medo e outros. Nas citações anteriores, os aspectos emocionais estão presentes como fatores que favorecem a saúde, pois: estar saudável gera sentimentos de alegria pela vida e estar doente repercute em medo da proximidade da morte.

Contatou-se também, através das falas, a compreensão da saúde, como um direito a ser efetivado mediante a garantia de outros direitos, como abordamos nas partes I e II deste trabalho. Vejamos:

[...] O próprio conceito de saúde é um pouco mais amplo, do que aquele que nós aprendemos na época da academia, né? De que saúde é o bem-estar biopsicossocial [...] As próprias normas no sistema de saúde avançaram com relação a isso, e a saúde está diretamente relacionada com o estilo de vida; então nós temos que para garantir o direito à saúde, garantir os outros direitos também, como moradia, como trabalho, como lazer, e dar conta de garantir direitos básicos para ter os complexos, para que a gente consiga garantir saúde (Gestor Estadual de Saúde - D).

[...] Que el derecho a la salud, todo aquel que viva en un pueblo tiene derecho a la salud, como el derecho a la vida, que se hace perfectamente a partir de la inclusión social que se le ha dado en el sentido del trabajo que se está haciendo de terreno y de buscar a la población. (Gestor Estadual de Saúde - C)

A formação de concepções de saúde/doença ocorrem a partir das representações sociais que estão circulando no imaginário da sociedade, construído através das nossas relações individuais e coletivas. Na relação entre o universal e o particular, entre unidade e totalidade, constroem-se as relações interpessoais, e dentro dessa rede o sujeito pode recriar significados. Concordamos com Guareschi e Jovchelivitch (1995, p. 81) quando estes afirmam que:

São as mediações sociais, em suas mais variadas formas, que geram as representações sociais [...] elas são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transforma cada um individualmente [...] enquanto mediação social, elas expressam por excelência o espaço do sujeito na sua relação com a alteridade, lutando para interpretar, entender e construir o mundo.

Minayo (1998, p. 158) também se manifesta conceituando representação social, dizendo que: “nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”. A partir dessas diferentes perspectivas conclui-se que as representações sociais constituem-se como expressão de concepções que possibilitam a análise dos aspectos sociais, uma vez que retratam a realidade.

São formas de compreender a relação cotidiano/sociedade e de valorização da participação do indivíduo na reelaboração de significados para os fenômenos de vida, parecendo-nos que o conceito é dinâmico e seu aparecimento precede a sua própria legitimação. Portanto, pensar sobre a saúde é um exercício que não se concebe descolado da

consciência de si mesmo e dos homens, torna-se instrumento transformador e emancipatório do homem que, na verdade, é indissociável de si e do social.

4.2 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS PESQUISADOS

A percepção de que as transformações nos processos produtivos têm apresentado como consequência o crescimento das taxas de desemprego em vários países, dentre eles o Brasil e a Argentina, se expressa com propriedade nos municípios pesquisados que são integrantes dos dois países, e engrossam a camada da população que busca pelo atendimento de suas necessidades básicas, através da operacionalização de serviços mantidos pelo Estado, também e principalmente na área da saúde.

A dura verdade se revela como aprendizagem na organização dos sistemas de saúde locais, "não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei" (FLEURY, 1997). Até mesmo porque, tanto no cenário nacional quanto no cenário internacional pesquisados, convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados os quais se complementam e se justapõem nos diferentes serviços de saúde encontrados, havendo, portanto, um descompasso entre as legislações e a legitimidade social, que impulsiona a busca por respostas em direção a 1ª. Questão Norteadora de nossa pesquisa, que contempla a necessidade da instrumentalização teórico-prática no fazer profissional cotidiano na área da saúde.

Como referendado nos capítulos I e II deste trabalho, a forma organizativa de nossa sociedade, pautada nos moldes da égide do sistema capitalista, vincula os direitos ao exercício da cidadania às relações formais de trabalho. E a perda do emprego, além de impedir o acesso à renda e, obviamente, ao consumo, aumenta o quadro de pobreza e representa também a perda dos direitos básicos de cidadão, dentre eles, o acesso e a garantia à saúde, passando necessária e obrigatoriamente, a ter que ser supridos pelo Estado.

Nesse aspecto, reporta-se à premissa de que, no Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, proposto a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, iniciando-se uma estruturação do sistema em saúde, envolvendo descentralização político-administrativa-financeira, com planejamento ascendente, do nível local ao nacional.

Desta forma, toda a problemática de organização do SUS foi deslocada aos estados e municípios, através da municipalização das ações e descentralização do eixo gerencial. Na Argentina, o direito à saúde é entendido numa perspectiva diferente dos moldes brasileiros, como foi visto no capítulo I e II deste trabalho, pois o Planejamento é centralizado em nível federal, ou seja, no Ministério da Saúde.

Para Bógus (2002), a tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade, com acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde.

No entendimento de Viacava (2005), o acesso é definido como a liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa. No campo da saúde, o autora esclarece que o acesso pode ser definido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam a entrada de cada usuário ou paciente dentro da rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento. É a possibilidade de obter serviços necessários no momento e local adequados em quantidade suficiente e a um custo razoável, significando a remoção de obstáculos físicos e financeiros.

Assim, concordamos com Assis (2003), que o conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, sendo que a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteados pela inclusão social e pela solidariedade humana.

Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal a demanda que requer serviços de saúde, impele para uma luta constante, pelo fortalecimento da saúde, como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática, construída a partir de uma gestão democrática e participativa.

A essa prática, complementa Assis (2003), deve-se incluir dois eixos teóricos: um que incorpore os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população; e outro que reafirme a saúde como um bem público a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública, cabendo ao Estado a sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem produz os serviços, se público ou privado.

Salienta-se, então, que o processo de efetivação do acesso à saúde, possibilitando a garantia de um direito humano fundamental social, também pode ser percebido a partir da identificação dos critérios de acesso aos serviços de saúde existentes nos municípios fronteiriços, expressando-se, portanto, aos usuários como exercício de cidadania, independentemente de território e nacionalidade.

Assim, a partir da apreensão, os sujeitos pesquisados foram questionados acerca dos critérios de acesso à saúde, em seus locais de trabalho.

Vejamos algumas colocações:

*Todos têm acesso e, prioritariamente os que estiverem correndo maior risco.
(Gestor Municipal de Saúde - B)*

*La mejor estrategia de salud es transformar los estilos de vida de las personas poniendo énfasis en la equidad (...)El Modelo de Atención se basa en la atención primaria de la salud como principio organizador del sistema provincial con criterios de equidad, eficiencia, eficacia, solidaridad.
(Gestor Estadual de Saúde- C)*

O que seria então é a equidade! Se tratarmos igual os desiguais!(...) dando as minhas aulas para auxiliares e técnicas, eu digo, gente, imagina assim, eu tenho um bolo e tenho uma família que comeu hoje ao meio dia, a outra que não comeu há uma semana, e a outra que está sem comer há um mês. A quem é que tenho que ter a maior fatia? É quem tem mais fome. (...) esse é meu conceito de equidade, mas eu tenho que dar mais para quem tem menos.(Gestor Estadual de Saúde – D)

As respostas dos sujeitos pesquisados dão conta da observação do princípio de equidade quando justificam que são prioritariamente atendidos os que estão sujeitos a um maior risco de saúde. No entanto, o conceito de equidade, cujo alcance visa à instrumentalização das políticas sociais, dentre elas, a política da saúde, tem sido objeto de diferentes preocupações teóricas e metodológicas. Autores como Fleury (1994); Travassos

(1997); Duarte (2000), consideram o conceito da equidade como sinônimo de igualdade, defendendo que políticas equânimes seriam aquelas que propiciariam igualdade entre os indivíduos e, conseqüentemente, fomentariam a cidadania.

Para autores como Porto (1995), Gwatkin (2000) e Torres (2001), o princípio de equidade está relacionado à justiça social, ou seja, mediante políticas sociais destinadas aos segmentos populacionais desfavorecidos socioeconomicamente, determinantes das diferenciações de acesso e de utilização de bens públicos. Assim, a equidade poderá assumir diferentes entendimentos, como igualdade, racionalidades técnica e econômica, justiça social, dentre outros.

Para ilustrar essa abordagem, trazemos Jardimovki e Guimarães (1994, p. 12):

[...] não existe uma única forma de definir equidade em saúde. Esta vai depender da importância que se dá à equidade como princípio de justiça social e de outros objetivos do sistema de saúde, que podem ser muitas vezes conflitantes como a própria equidade.

Porém, a preocupação, quando se fala em equidade, é o problema que aparece através das ações públicas de não se tratar de forma igual os desiguais, uma vez que a idéia de igualdade não se sustenta em si, mas é impregnada de valores morais e historicamente contextualizados, como definem Rawls (1992) e Vita (1992).

As falas a seguir exemplificam tal apreensão, vejamos:

Em minha área de atuação junto ao PSF são atendidas e têm acesso apenas as pessoas residentes no local. E eventualmente pessoas que estão em trânsito, visitado parentes, e acabam adoecendo; então é realizado o atendimento básico (...) são recusadas as pessoas vindas de outras áreas e locais. (Profissional da Saúde - A)

Atendemos inicialmente as pessoas que buscam por atendimentos na área da clínica geral, cirurgias de baixa complexidade, ginecologia. (Gestor Municipal de Saúde - B)

As manifestações apontam a incompreensão do tratamento à saúde, com atenção via políticas sociais. Vejamos outras manifestações:

[...] Atendo basicamente crianças; meus colegas atendem mulheres grávidas também. Acho muito importante um tipo de trabalho que ouvi falar sobre o

atendimento com as mulheres durante o período da gravidez; assim, já vai preparando para cuidar dos dentes dos bebês (Profissional da Saúde - C).

Na saúde, tentamos trabalhar com as famílias que recebem algum tipo de benefício social, tentando inclui-las na sociedade (Profissional da Saúde - B).

Aqui, na Unidade de Saúde temos cadastrados os grupos de hipertensos e diabéticos e realizamos reuniões mensais com esses grupos, entregamos medicação e realizamos palestras sobre a doença e também sobre a prevenção da mesma. (Profissional da Saúde - B)

Yo soy formado in ginecología, por esto atiando muchas mujeres embarazadas y tenemos también en el hospital una sección de geriatría. (Gestor Municipal de Saúde – C)

Como se observa nas falas, as manifestações apontam para atendimentos residuais e seletivos, dirigidos aos grupos particulares de indivíduos, com características específicas.

A esse respeito, também se chama a atenção para o perfil socioeconômico da população atendida, nos três locais pesquisados. Por ocasião da observação *in lócus*, verificou-se que os usuários atendidos expressam uma grande contingência marginalizada da população, e essa observação não é restrita a nenhum dos municípios, conseqüentemente, Estados e países.

Resgata-se que a cultura compreende valores, símbolos, regras de vida e costumes; portanto, é um conceito central para antropologia e deve ser um conceito primordial para qualquer pessoa que trabalha com saúde diante de diferentes grupos, classes sociais e regiões geográficas. No entanto, o que se pretende afirmar não tira o mérito de tal abordagem, é sim, a constatação de que, no que se refere ao confronto diário vivenciado pelos gestores e profissionais na área da saúde dos países pesquisados, as demandas oriundas das populações não apresentam diferentes perfis sociais, econômicos e também políticos, pois a realidade encontrada não demonstra demandas diferentes; nesses aspectos, não consolidando a 1ª. Questão Norteadora da pesquisa.

Corroborando com a apreensão, de uma realidade em que, distinções complexas muitas vezes só podem ser efetuadas teoricamente, confirma-se que “as desigualdades socioeconômicas dos diferentes grupos populacionais, podem determinar formas diferenciadas de acesso à saúde”. E o acesso, por sua vez, constitui uma categoria determinante para a análise dos sistemas de saúde envolvidos, pois revela dimensões de

caráter social e político necessariamente presentes, por se tratar de um espaço inserido no âmbito do Mercosul.

As falas dos entrevistados revelam tal apreensão, quando estes manifestam o seguinte:

[...] com ênfase à camada da população mais carente cultural e financeiramente. [...] Nesse aspecto, os brasileiros e argentinos são bem parecidos. (Gestor – Municipal de Saúde - A).

Na grande maioria, atendemos uma população que possui uma renda muito baixa, despossuída de recurso financeiro. Os que procuram não se apresentam muito diferentes, nem os daqui nem do lado de lá. (Gestor Municipal de Saude – B)

En general la población que busca la salud pública es la población que no tiene condiciones de pagar por los atendimientos de los servicios. El gobierno tiene un compromiso con este pueblo. (Gestor Municipal de Saude - C)

Para Friedmann (1987), mais do que desprovida de meios materiais, essa fatia da população passou a ser considerada redundante para a acumulação global de capital, sob o argumento de que o capitalismo moderno pode, em grande parte, sobreviver sem os camponeses que praticam agricultura de subsistência, os trabalhadores rurais sem-terra ou os setores populares que crescem rapidamente nas favelas dos grandes centros urbanos, à margem da economia formal.

Nesse sentido, Castells e Borja (1996) apontam a existência de uma perspectiva de tendência mundial da valorização do poder público local, enquanto ator relevante na promoção da melhoria da qualidade de vida da população. Num contexto de crise dos Estados nacionais em todo o mundo, a emergência de governos locais comprometidos com ideais democráticos abre oportunidades de intervenção, inclusive em áreas que, antes, não eram competência das prefeituras.

No Brasil, a partir do momento em que foi adotada a premissa de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e que se propôs a criação do Sistema Único de Saúde, necessariamente, inicia-se uma estruturação deste sistema em saúde, envolvendo descentralização político-administrativa-financeira, com planejamento ascendente do nível local ao nacional. Dessa forma, toda a problemática de organização do SUS foi deslocada aos estados e municípios, por meio da municipalização das ações e descentralização do eixo gerencial.

Porém, o que se visualiza nos espaços da saúde pesquisados, tanto no Brasil quanto na Argentina, são ainda práticas muito incipientes de acesso à saúde, os quais não oportunizam à população o atendimento de forma integral; entretanto, continuam a ser observadas dentro de projetos desenhados para apresentarem potencial emancipatório e, no entanto, apontam para o risco de descontinuidade dos projetos, apresentados inicialmente como possibilidade prevista nos governos democráticos dos dois países.

Percebe-se, pois, que somente a partir da identificação dos critérios de acesso aos serviços de saúde existentes nos municípios pesquisados é que são atendidas as demandas que se direcionam para referidos locais de atendimento. Tal constatação remete à necessidade de a gestão pública municipal afirmar-se com capacidade física, estrutural, econômica e humana visando a assumir efetivamente a prerrogativa da saúde como direito humano fundamental social e, parece-nos, que instituí-lo significa dar sentido político e operacional para o acesso à saúde em cada município, independentemente de território e nacionalidade.

4.3 DEMANDAS NÃO ATENDIDAS NOS MUNICÍPIOS DE ORIGEM

Salienta-se que os municípios, por sua vez, enfrentam diversas dificuldades para assumir as atribuições constitucionais, tanto no Brasil quanto na Argentina. Além disso, a fragilidade financeira e técnica dos governos municipais muitas vezes são as determinantes para que não se consiga realizar um trabalho mais efetivo na área da saúde.

Constatamos falas que confirmam essa apreensão.

Não temos condições de atender as demandas relacionadas a média e alta complexidade. Por não existirem no município, devido aos altos custos operacionais (Gestor Municipal da Saúde - B).

Convivemos com a falta de recursos financeiros para o financiamento das ações de saúde por parte do governo federal e estadual, porque o principal ônus recai pesadamente sobre o município (Gestor Municipal da Saúde - A).

Nosotros destinamos los pacientes a la Provincia de Misiones, Eldorado y también Buenos Aires si necesario (Gestor Municipal de Saude - C).

Vários autores, dentre eles Frenk (1992); Wallace e Enriquez-Haass (2001) têm chamado a atenção para o uso indiscriminado do acesso como sinônimo de disponibilidade e financiamento dos sistemas locais de saúde. Alertam para o fato de que ter serviços disponíveis não quer dizer garantia de acesso, e nem atendimento de toda demanda existente, uma vez que fatores relacionados ao consumo e à oferta influenciam sua utilização; como, por exemplo, distribuição de serviços em relação aos graus de complexidade tecnológica, disponibilidade, características culturais e econômicas da população e da organização gerencial do serviço, acessibilidade, grau de satisfação do usuário na utilização dos serviços, aceitabilidade, entre outros.

De acordo com Hortale (1999, p.87):

A categoria acesso deve, portanto, ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sócio-cultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços.

Assim, dentro de um panorama de transformação político-institucional dos serviços de saúde, as instituições necessitam de fortalecimento do espaço local, através do desenvolvimento da tendência de descentralização das políticas sociais.

Com o reconhecimento e a valorização do princípio da descentralização das políticas sociais, tem-se, por conseguinte, o fortalecimento do espaço local como *locus* da realização efetiva da ação governamental no desenvolvimento das políticas públicas. Torna-se premente, pois, substituir o caráter hierarquizador e centralizador da condução da política do sistema de saúde por uma lógica fundada no espaço local.

Os relatos dos sujeitos pesquisados são fator preocupante à medida que, segundo informações do próprio Ministério da Saúde, conforme citação a seguir, a maioria dos municípios brasileiros está assumindo a responsabilidade de forma expressiva na gestão da saúde.

Assim, os anos 90 são marcados pelo aprofundamento do processo de municipalização da saúde no país. De fato, hoje dos 5506 municípios brasileiros, 97,04% encontram-se enquadrados em alguma das modalidades de gestão normatizadas pelo Ministério da Saúde: 88,07% (4849 municípios) estão habilitados na condição Plena da Atenção Básica e 8,97% (494

municípios) na condição Plena do Sistema Municipal (DATASUS/Ministério da Saúde, 2000).

Tendo em vista a forma histórica de organização da saúde no Brasil, é compreensível o despreparo dos municípios em encarregar-se de funções dentro do sistema público, pois, até então, essas não eram de sua responsabilidade.

Assim, concordamos com Junqueira (1998), quando este afirma que o processo de descentralização como uma estratégia, aponta para a necessidade de recolocar cada ente federativo em seu espaço de ação peculiar, de modo que o município preste os serviços locais a sua população e que o Estado o apóie através de regulação das relações e da moderação das desigualdades regionais, garantindo a ação intergovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, com vistas à qualidade de vida da sua população.

No Brasil, não havia, anteriormente ao SUS, motivos para que as prefeituras municipais se estruturassem para responder às demandas do setor de saúde, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo.

E, como salienta Bravo (2001, p. 72).

Neste contexto, a dinâmica do processo de descentralização da saúde, com a implantação do SUS assume um sentido de municipalização radical, em que a esfera municipal de governo passa a ser responsável pelas funções de coordenação e gestão da política de saúde em seu território. Assim como a competência para formular e gerir a política de assistência à saúde historicamente esteve vinculada à esfera federal, hoje os municípios se vêem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente.

Como afirma Ferreira (1999, p. ?):

Mesmo que haja uma mudança radical na linha ideológica do Governo, restará uma pressão externa muito forte dos organismos financeiros internacionais para que se perpetue a linha de um modelo de desenvolvimento que contemple uma redução do Estado. Posto desta forma podemos entender que o sistema de saúde não terá sobrevivência tal como está em nossa Constituição, porém, o que devemos ter como proposta para sua defesa é a especialização de seus gestores e da maioria de seus atores para o entendimento das relações do postulado da coerência, para que se possa formar uma massa crítica capaz de sustentar mudanças, avanço, formular propostas, de planificar e buscar estratégias que tenham como

objetivo a transformação do que está escrito na Constituição em uma realidade para todos.

Os municípios, de modo geral, em especial aqueles em que realizamos a pesquisa, continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional, deixando transparecer a fragilidade da situação encontrada nos mesmos, quando são rapidamente chamados a assumir a gerência de unidades de serviços de saúde. Parecendo-nos, assim, uma realidade bem mais complexa em relação àquela sinalizada por Bresser Pereira (1998, p. 266), pois:

[...] ao privilegiar a descentralização, o Governo Federal se alinhará com as mais modernas tendências de gestão do Estado, reconhecendo e valorizando o papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos essenciais, com maior racionalidade e controle operacional e social.

A esse respeito, Delgado (1997, p. 41) argumenta que, apesar de ainda não ter sido concretizado de vez,

O sistema local, de base comunitária, tem sua efetividade dependente da democratização radical de todo o dispositivo público de saúde, o que implica a retirada da cena principal dos grandes gerentes do nível central, para a entronização efetiva dos conselhos locais de saúde.

Nesse contexto de deslocamento da esfera da gestão, os municípios passam a ter a responsabilidade de constituir serviços de saúde que atendam à demanda real da população. Nesse sentido, a oferta de estruturas assistenciais em saúde passa a considerar elementos locais, ou como sugerem alguns autores, o cuidado aos problemas de saúde deve ser ofertado por uma rede de serviços de base territorial.

Como bem assinala Delgado (1997, p. 42):

[...] o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.

Em relação à colocação de Delgado (1997), entende-se que para a realização de tal quadro, com o atendimento da demanda por estruturas assistenciais que tenham como lógica organizativa o espaço local, deverá ser consolidada uma incisiva e contínua política de saúde

voltada à visão do direito humano a ser conquistado; no caso abordado nesta pesquisa, além fronteiras.

Como pode ser constatado nas falas anteriores, os municípios pesquisados possuem deficiências no que diz respeito ao atendimento integral, *in locus*, na área da saúde. Diante de tal constatação, questionou-se os sujeitos pesquisados acerca da existência de estruturação de redes de referência especializadas entre os municípios fronteiriços para atender as demandas existentes.

Vejamos algumas respostas:

Não atendemos no município consultas com médicos especialistas como, dermatologista, oftalmologista, etc. não tem tratamento, como quimioterapia e radioterapia. Geralmente os pacientes são encaminhados para o município de referência, que é Francisco Beltrão, Cascavel, ou então Curitiba [...], mas com os fronteiriços não temos rede de referência [...] Entre os municípios fronteiriços não existe uma rede de referência especializada, apenas quando necessário, por exemplo, um RX ou ambulância a comunicação é verbal, política de boa vizinhança. (Profissional da Saúde - B)

De acordo com o tipo de atendimento necessário, os pacientes são encaminhados para as especialidades conveniadas com o município, seja para Cascavel no que diz respeito à oncologia, ou para Francisco Beltrão, São Miguel do Oeste, Chapecó [...], de acordo com a especialidade, mas nada ainda em relação aos municípios de fronteira (Profissional da Saúde - A).

Nosotros tenemos mantido dialogo con los vecinos de los estados de Paraná y Santa Catarina con la pretención de firmar acuerdo juntamente con Misiones de un posible laboratorio regional del Mercosur. Su localización [...] Dionísio Cerqueira y lo atendería a todos los dos estados brasileños y el territorio de la provincia de Misiones. (Gestor Municipal de Saúde - C)

A constatação da inexistência de uma rede de serviços em saúde para atender as demandas existentes é fator preocupante e sinaliza desigualdades presentes nos municípios fronteiriços, principalmente relacionadas aos municípios localizados em grandes centros urbanos, onde estão localizados e são oferecidos os serviços especializados.

Vale lembrar que, em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, após inúmeras discussões com o CONASS e com o CONASEMS, aprovou a *Portaria nº 95*, de 26 de janeiro de 2001, denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS NOAS-SUS 01/2001

(BRASIL, 2006). Essa portaria tem como objetivo aprofundar o processo de regionalização, uma forma de "*garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis*".

Contudo, para Marques (2002), de certa forma essa portaria segue a lógica do financiamento como o principal instrumento da política de saúde. É seu objetivo que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da Assistência passe a ser transferida a estados e municípios, incentivando a ampliação das ações de Atenção Básica, a qualificação e responsabilização de microrregiões na Assistência à Saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor. Nessa perspectiva, para o autor, a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde deve considerar critérios de racionalidade na organização de redes de referência regionais.

Todavia, os municípios pesquisados, sem dúvida, apresentam-se heterogêneos, com relação à ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa diferenciadas. Também é verdade que as dificuldades inerentes a essa heterogeneidade os impulsionam a pensar sobre experiências pactuadas, envolvendo a divisão de responsabilidades no oferecimento dos serviços de saúde. Porém, sabe-se que essas iniciativas apresentam-se na prática ainda muito incipientes, e manifestando-se, por ora, somente em forma de diálogo, como pode ser verificado na fala seguinte.

Ainda não existem, mas existe muito diálogo entre os gestores de saúde dos municípios contíguos, visando em médio prazo este objetivo, também com parcerias internacionais. (Gestor Municipal de Saúde – B).

Sinaliza-se que a inexistência de uma rede de serviços em saúde também é percebida cotidianamente através da realização de nossas atividades profissionais, junto aos vinte e dois municípios da região Extremoeste de Santa Catarina. Em especial, reiterada ano após ano, quando da realização dos Programas de Pactuação Integrada – PPI's – e os municípios reúnem-se para pactuar, entre si, a disponibilização de serviços necessários à saúde de suas populações, constatando-se que os mesmos necessitam ser encaminhados para outros locais nos Estados do Sul do Brasil como, por exemplo: Florianópolis, Curitiba, Porto Alegre, Passo Fundo, entre outros.

Assim, entendemos a necessidade de esforços dirigidos a lutas cotidianas, fortalecendo a promoção da saúde através dos serviços oferecidos na Atenção Básica de responsabilidade dos municípios, mas que também se possa dar conta da demanda por

atendimento à doença, através da disponibilização de serviços regionais de média e alta complexidade, sob a responsabilidade das esferas estaduais e federais, respectivamente. A essa apreensão, soma-se a responsabilidade que também a 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina possui, como representante da esfera estadual, em propor alternativas institucionais que reorientem e instrumentalizem com conteúdos teórico-práticos e legais as políticas de saúde e a organização dos serviços, garantindo o acesso à saúde integral nos municípios de sua abrangência.

Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade integrada aos demais níveis da média e alta complexidade significa reafirmar, na prática, os princípios constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade das ações estabelecidas no SUS os quais se mantêm muito distantes dos municípios pesquisados. Reitera-se, pois, que é importante a compreensão de que, apesar de se fazer necessária uma atenção básica resolutiva, é preciso também garantir o acesso aos níveis de complexidade requeridos para a solução dos problemas de saúde que acometem a população e, assim, respeitar também o princípio de hierarquização da atenção, o qual está relacionado diretamente ao contexto das funções exercidas pelos profissionais e gestores da saúde.

Houve manifestações a esse respeito, vejamos:

Precisamos nos organizar para garantir o acesso irrestrito a todos os procedimentos científicos que contribuam para a manutenção da saúde, ou para que a mesma não fique ausente do indivíduo. (Gestor Municipal de Saúde – B).

[...] É o contido na Legislação Brasileira e detalhado nas Leis Orgânicas 8080/90 e 80142/90. Como detentor de função pública de gestão na área da saúde, pautamos o tratamento da questão afinados com o marco legal da constituição, da legislação complementar e demais normas de organização do SUS (Gestor Estadual da Saúde - A).

Percebe-se, através das falas, a compreensão da saúde vinculada aos embasamentos legais que a norteiam. Nesse aspecto, a efetivação de redes de atendimentos entre os municípios pesquisados poderia contribuir para o objetivo de ajustar ações às necessidades de cada parcela da população.

Tal apreensão reforça a abordagem de Villa (2001), quando observa que, no contexto do processo de integração do Mercosul, a saúde não foi objeto de discussão entre os países signatários. Esse tema não tem sido diferenciado das demais áreas, à medida que bens e

serviços têm sido tratados da mesma forma. Assim, a ação dos Estados signatários é imperiosa no estabelecimento de políticas de cooperação, tendo em vista o aumento de fluxo de pessoas, bens e serviços, fundamentos de um processo de integração.

Para Villa (2001), estudar a fronteira não mais é possível na perspectiva de limite entre nações, e sim tendo a percepção de que a mesma incorpora um caráter contraditório, ao mesmo tempo que separa, aproxima; visão essa fundamental em um contexto de integração. A oportunidade de estudar os serviços de saúde na relação de fronteira associa-se ao que hoje conhecemos como espaço fronteiriço que, para Villa (2001), seria o resultado das tensões e contradições multi-escalares existentes dentro da própria realidade loco-regional e o exercício da soberania dos Estados nacionais, profundamente permeados pelo sistema econômico e pelas redes de informações técnico-científicas.

A fronteira, nesse momento, deixa de ser o limite, o espaço das diferenças, dos serviços, do contrabando. A fronteira torna-se porosa, aberta para aproximações, principalmente no campo das políticas sociais.

Subjacente a essa compreensão está o entendimento de que as desigualdades entre as pessoas não acontecem “naturalmente”, são criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização social. É a percepção de que, ao longo da história, as classes dominadas conquistaram o direito de serem tratadas não como meros indivíduos despossuídos, mas como cidadãos e sujeitos históricos.

Vale lembrar que, no contexto pesquisado, o campo da saúde internacional relaciona-se com a especificidade dos municípios fronteiriços, ao considerarmos que a dimensão internacional da saúde também decorre de determinações de ordem histórica, social, cultural, econômica e política entre as diferentes populações, transcendendo as políticas e fronteiras nacionais.

5 INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ARGENTINA *VERSUS* ESTRATÉGIAS DA POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA PARA O ACESSO À SAÚDE

A reflexão que compõe essa parte do trabalho aponta algumas estratégias para o desenho da integração dos sistemas de saúde nas fronteiras dos países Brasil e Argentina, membros do Mercosul. As partes anteriores de nossa construção apresentaram a revisão de alguns conceitos no entendimento de profissionais e gestores da saúde dos Estados de Santa Catarina, Paraná e Província de Misiones e dos municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira, Barracão e Bernardo de Irigöeyn. Com base, nessas análises e considerando pontos relevantes que foram identificados, apresentamos alguns eixos norteadores nas estratégias de integração entre os sistemas de saúde dos dois países e as formas encontradas pela população fronteiriça, para o acesso à saúde, que se mostraram através da realização da pesquisa de campo por meio das falas dos sujeitos pesquisados e da observação realizada *in lócus*.

5.1 ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS UMA (DES) CONSTRUÇÃO EM ANDAMENTO

É perceptível que os Estados partes e associados do Mercosul, especificamente falando dos Estados e municípios alvo de nosso estudo, necessitam aprimorar questões referentes à atenção e ao acesso à saúde, tendo em vista que o Mercosul possui como uma de suas finalidades a promoção e a integração regional das populações. Mediante tal apreensão, percebe-se que, por vezes, a população residente nos municípios fronteiriços se utiliza de mecanismos informais para o acesso à saúde que não se encontram contemplados nos sistemas formais de saúde do Brasil e da Argentina.

Passamos, então, à questão norteadora seguinte de nossa investigação.

2ª. Questão Norteadora – Como a população que acorre aos serviços de saúde nos municípios pesquisados se organiza para garantir o acesso à saúde? São essas formas de organização coletiva incipientes, inexistentes ou criativas, de resistência e transgressão?

5.2 O ACESSO À SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

A contemporaneidade tem apresentado momentos de grandes transformações sociais, econômicas, culturais e tecnológicas. Mudanças fazem parte do processo de desenvolvimento do ser humano, e não temos a pretensão de avançar a discussão nessa direção, somente nos situarmos no contexto das profundas transformações, como referência para abordagem da Saúde, que como política pública, na maioria dos países latino americanos, dentre eles Brasil e Argentina, remonta ao início dos anos 80, momento em que vigorava um profundo sentimento de cidadania e participação popular nesses países, o que acabou por culminar na superação da ditadura em detrimento da democracia.

Reduzir as desigualdades sociais e em saúde no Brasil e na Argentina, países que são focalizados neste estudo, constitui-se hoje um desafio inadiável que implica necessariamente referendar valores éticos, como a vida, a solidariedade, a equidade e a cidadania, que conseqüentemente, convergem para uma série de estratégias que visam concretizar a cooperação e parcerias.

A importância dessas estratégias, quer sejam em nível internacional ou local, entre diferentes atores e instituições, entre o público e o privado, entre distintos setores, é inquestionável e determinante do êxito da promoção da qualidade de vida das populações. No Brasil, apesar dos avanços nos indicadores básicos de saúde na última década, persistem desigualdades sociais extremas. O reconhecimento das vulnerabilidades de diversas ordens impõe o deslocamento do alvo da intervenção pública e das estratégias setoriais na direção da melhoria da qualidade de vida e na efetiva implementação dos direitos sociais e em saúde.

Almeida (2002), enfatiza que reforma e equidade são palavras que frequentemente são utilizadas nos discursos políticos, nos documentos técnicos e na literatura científica das

últimas décadas; inclusive, como recurso de retórica a distintos aspectos ideológicos, adequando-se a diferentes propostas e propósitos. Como conceito, lembra o autor que o assunto tem suscitado inúmeras discussões que não logram muito consenso, seja sobre definições, seja sobre operacionalização. E, em termos técnicos e metodológicos, têm merecido muita atenção dos estudiosos, consultores e pesquisadores, desenvolvendo-se instrumentos de medida e de implementação de políticas pró-equidade, que, de novo, alavancam diferentes agendas e projetos políticos.

Conforme entende Unglert (1990), o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar, como faz Unglert (1990), que a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. Essa acessibilidade deve ser garantida dos pontos de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Assim, nossa intenção é a apreensão da realidade do processo histórico na concepção dos sujeitos pesquisados, acerca, portanto, de seu entendimento da explicitação da saúde como política pública, salvo as determinações legais existentes no interior dos países.

Vejamos algumas observações nas falas de sujeitos pesquisados, as quais deixam evidente a existência de fragilidades, em termos da apreensão da saúde enquanto política pública.

Política pública de saúde é a programação, pactuação que o município realiza através de seus administradore; está associada à população, a transformação dos índices de doença. (Profissional da Saúde – A - Município - B)

[...] mediante a descentralização dos níveis de governo, cada esfera deve estabelecer suas políticas de saúde, tanto em nível federal, estadual e municipal [...]. (Profissional da Saúde – A - Município - A).

O Estado possui a responsabilidade em dar saúde às pessoas, principalmente às pessoas de baixa renda [...] Custear os serviços, torná-los mais acessíveis e baratos. (Profissional da Saúde – C – Município - A)

Nas falas dos sujeitos pesquisados percebe-se o desconhecimento acerca da Saúde como política pública destinada a todos os cidadãos de direito. Falta clareza do que a saúde, enquanto uma política pública, representa. Outro aspecto relevante, em uma das falas, é a atribuição da responsabilidade do Estado em “dar” saúde para as pessoas, principalmente às pessoas de baixa renda. As expressões “custear”, “fica mais barato”, também afirmam o desconhecimento sobre um direito social já assegurado por Lei, tanto no Brasil quanto na Argentina.

Percebe-se, que a saúde ao mesmo tempo em que é um direito humano fundamental é também, um sólido investimento social. Os governos, ao investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, conseqüentemente, irão promover melhorias no nível de saúde dos cidadãos; ao mesmo tempo, isso aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade, tanto em termos sociais quanto econômicos.

Relacionamos as falas novamente, como já referendado na parte IV deste trabalho, ao princípio da equidade, significando que os gestores e profissionais de saúde devem estar atentos às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.

Os entrevistados, a esse respeito, manifestaram o seguinte:

[...] Todas as práticas que visem inserir quem necessita de atendimento a manutenção ou à recuperação da saúde, sejam elas através de recursos humanos, financeiros, tecnológicos ou técnicas-científicas, visando a maior abrangência de ações aos que necessitam, através de políticas públicas diretas ou indiretas. (Gestor Municipal de Saúde – B)

Tal constatação reforça a necessidade da formação profissional, articulada à realidade e voltada às necessidades postas no mercado de trabalho contemporâneo, uma vez que exigem a presença de profissionais em condições de assumir e desenvolver ações que visem à superação dos problemas encontrados no cotidiano do exercício profissional. Essa, por sua vez, é uma responsabilidade que deve ser compartilhada também com as instituições de ensino.

Levando-se em conta, a necessidade de pesquisar e conhecer a realidade vivenciada em sua totalidade histórica e contraditória, que para Mendes (2004), é elemento constitutivo

do processo de trabalho de todos aqueles que possuem compromisso com a transformação social.

É fundamental a capacidade de apreender a realidade em suas múltiplas expressões e como ela é vivenciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas. A capacidade em identificar, na análise da problemática social, não só sua conformação, mas também, e especialmente, os espaços de resistência construídos por sujeitos que não são apenas vítimas, mas que também lutam pela preservação e conquista de suas vidas e de sua humanidade, é condição fundamental (MENDES, 2004, p. 52).

Nesse aspecto, torna-se importante frisar que também o processo educacional, na área da saúde, precisa estar centrado nas alterações do mundo do trabalho, buscando-se através da competência profissional repercussões favoráveis sobre o entendimento e condução das atividades inseridas no contexto das políticas públicas e; dentre elas, destaca-se, com ênfase, a política pública de saúde.

5.3 ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS

Garantir o acesso aos serviços de saúde para a população fronteiriça remete à viabilização da cooperação técnica e financeira dos poderes públicos municipais, estaduais e federais, compreendendo, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, mas a responsabilidade pela gestão de um “sistema integrado” que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas, independentemente do país de origem, na assistência à saúde.

Concordamos com Almeida (2002), quando menciona que essa é uma realidade verificada tanto no âmbito geral das discussões sobre desenvolvimento econômico e social, quanto no campo das políticas setoriais. E que, entre estas últimas, o debate vem sendo pautado pela discussão de novos modelos de reorganização de sistemas de proteção social e pela redefinição de pacotes de benefícios e serviços, revigorando falsos dilemas e velhos confrontos, como: público *versus* privado; Estado *versus* mercado.

Atualmente, há uma convergência de agendas e argumentos comuns que têm sido difundidos no âmbito do Mercosul, traduzidos em propostas dirigidas à superação de desigualdades e à efetivação dos direitos. Entender a importância e centralidade desses temas no debate setorial, em especial, no que diz respeito ao acesso à saúde na contemporaneidade em municípios fronteiriços do Brasil e da Argentina, pressupõe tanto aprofundar a reflexão sobre a política de saúde no interior das políticas sociais, quanto perceber possibilidades de incluir no âmbito do Mercosul a garantia da efetivação dos direitos humanos, percebendo-se o lugar que a questão da acessibilidade a um direito universal ocupa nessa discussão.

Para Acurcio (1996), a acessibilidade, ou o acesso, a ações e serviços de saúde tem sido considerada como um dos componentes principais da qualidade da atenção, podendo ser conceituada como a capacidade de o paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. Entretanto, é pertinente incorporar o alerta de Aday e Andersen (1974, p.9):

As distintas características do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite.

Reis (1990), utilizando a antropologia como referencial metodológico, conclui que a acessibilidade ao serviço de saúde é o fator primordial à sua utilização ou não, superando mesmo barreiras étnicas e culturais.

No entanto, Bravo (2001), lembra que, no caso da política da saúde, existem particularidades relevantes, à medida que a oferta de serviços de saúde pelos municípios depende diretamente da capacidade municipal de instalar os recursos técnicos necessários, equipamentos, recursos humanos e conhecimento especializado.

A esse respeito, lembramos Travassos (2004), quando observa que, em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: a) à necessidade de saúde — morbidade, gravidade e urgência da doença; b) aos usuários — características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; c) aos prestadores de serviços — características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; d) à organização — recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos,

hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; e) à política — tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação).

Assim, os custos financeiros de instalação e manutenção desses recursos são, sem dúvida, altos para a maior parte dos municípios brasileiros e também para os argentinos, ambos geralmente dotados de baixa capacidade técnica e dependentes das transferências fiscais do governo central.

Isso, automaticamente implica o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde na própria organização dos Sistemas, uma vez que os municípios passam a ser, de fato, os responsáveis imediatos pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de suas populações e das exigências de intervenções saneadoras em seus territórios.

A partir dessa apreensão, questionamos os pesquisados sobre como acontece o acesso da população usuária aos serviços de saúde nos municípios. Vejamos alguns relatos:

A procura por consultas e informações gerais geralmente é espontânea. Com relação aos exames preventivos geralmente são agendados pelas Agentes Comunitárias de Saúde; e as vacinas geralmente também são espontâneas, quando não é período de campanhas. Quem tiver necessidade dos serviços que são oferecidos aqui na Unidade de Saúde, vem até aqui e é atendido. [...] a colega atendente faz a triagem e encaminha, de acordo com a necessidade de cada um. (Profissional da Saúde – A – município - B).

Normalmente para ter acesso devem estar cadastrado nos Programas de Saúde da Família, e apresentarem a carteira de saúde revalidada mensalmente pelos agentes comunitários da saúde. (Gestor Municipal da Saúde – B)

O acesso da população acontece através da carteirinha de saúde que implantamos aqui no município, os agentes de saúde passam na casa e, além de cadastrar as famílias também preenchem uma carteirinha que é uma espécie de identidade da saúde. As pessoas que tem a carteirinha são atendidas [...]. A nossa demanda é muito grande, é muita gente. As vezes não dá pra atender todo mundo e só nos casos de urgência atendemos quem não tem a carterinha junto. (Profissional da Saude – A – Municipio - A)

En algunos casos los promotores de salud encaminan hasta el posto y despues pasan en su familia [...] el acceso ocurre de las necesidades que

tienen. Si tienen enfermo viene y utiliza los servicios de salud con mayor respecto [...] (Gestor Municipal de Saúde – C)

O acesso ocorre espontaneamente, [...] mas é preciso esperar, porque a demanda é grande, porém, nem todos conseguem ser atendidos, por exemplo, os exames e serviços mais especializados não são oferecidos aqui. Daí as pessoas têm procurar em outros locais e geralmente pagar, ir aos serviços particulares [...] Poucos tem Plano de Saúde que cobre o que precisam. (Profissional da Saúde – C – Município - A)

Nesse sentido, constatamos que, durante os dias em que permanecemos em cada um dos municípios, por ocasião da observação participante, em dois municípios presenciamos fila tanto para consultas, quanto para vacinas, preventivo do câncer, exames laboratoriais e outros. Somente em um dos municípios, os usuários são atendidos no local assim que chegam. Da mesma forma, constatou-se que a população usuária demonstrou-se paciente, não “se importando” com o longo período de espera ao qual é sujeitada para receber atendimento. Na maioria das vezes conversam entre si sobre situações e problemas vivenciados cotidianamente.

É como se, de tanto serem expostos ao fenômeno, ficassem habituados ao mesmo, a ponto até de não mais percebê-lo como algo que precisa ser transformado. Nesse sentido, Teixeira (1995, p. 55) afirma que:

Numa sociedade cujos atores políticos são constituídos a partir de múltiplos interesses, sempre postos em discussão e em confronto, assume um peso cada vez maior, na relação entre governantes e governados – ou, se quisermos, entre o Estado e a sociedade –, a busca de relações de consenso. Quando o Estado representa interesses de uma única e reduzida classe, é normal que use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; nesse caso, o consenso ocupa um lugar subalterno. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse (ou grupo de interesses) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade.

É importante observar que o Estado continua organizado sob a égide do capital, mesmo representando interesses plurais, baseando-se ainda em critérios seletivos, pois vem atuando no sentido de garantir a manutenção de uma esfera econômica “privada”, fora do alcance da esfera política. É o exemplo dos “particulares” e “planos de saúde”, citados pelos sujeitos pesquisados. Aliás, é essa separação dentre os que podem e os que não podem pagar, a principal estratégia das políticas que caracterizam a natureza capitalista do Estado moderno.

O assistencial presente nas políticas sociais revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços prestados direta ou indiretamente pelo Estado [...]. Para as classes subalternas, as políticas sociais se constituem um espaço que possibilita o acesso a benefícios e serviços que, de outra forma, lhes são negados (SPOSATI, 1985, p.30).

Relações sociais desiguais fazem parte da História Brasileira e também da História Argentina. Foi assim com portugueses, espanhóis e índios, brancos e negros, senhores e escravos, homens e mulheres. Na herança histórica latino-americana, hoje se somam outros padrões atuais da dinâmica da sociedade; e, nesse contexto, vão também se acentuando as desigualdades já existentes e criando e recriando-se novos modelos de relações desiguais. Às vezes, de tanto se conviver com desigualdades, chega-se a incorporar problemas como algo natural, originando-se “certa acomodação”.

No entanto, em nosso entendimento, à medida que a população usuária dos serviços de saúde perceber a desigualdade e os fragmentos de direitos a que está submetida, poderá também criar formas de organização coletiva rumo à concretização de outras maneiras de gestão pública.

Tentando vislumbrar essa possibilidade, questionamos os sujeitos da pesquisa acerca da participação da sociedade civil organizada na implementação da política pública da saúde.

Vejamos a constatação seguinte:

É a participação igualitária no consumo de bens e serviços necessários a reprodução social. No caso de bens e serviços de saúde, incluem o acesso a todos os serviços e ações de forma universal, equânime, integral e com a participação da sociedade em sua definição. (Gestor Estadual de Saúde –A)

A participação democrática imposta na Constituição Federal de 88 implica em novos modos de exercício do poder em diferentes instâncias (...) Isso implica reconstrução da vida em sociedade, exigindo reordenamento político, jurídico administrativo do Estado, mas essa vida social tem que evidenciar a capacidade consciente dos indivíduos de escolher alternativas, opondo-se a sociedade definida por alguns, em detrimento dos interesses da coletividade, daí a importância do conselho estar bem articulado. (Gestor Estadual de Saúde – B).

Dessa maneira, relacionamos o aparecimento dos conselhos paritários a partir da reflexão da importância da organização coletiva em espaços concretos de representação e

conquista de garantia de direitos, tornando-se necessário retrocedermos na história para contextualizarmos os caminhos percorridos, principalmente, pelas Políticas Públicas. A leitura crítica da história permite considerar a estreita relação da trajetória de avanços e retrocessos dos direitos, onde com as transformações do modo de produção, ocorreu a determinação da intervenção ou não do Estado na questão social, conforme a necessidade de manutenção e reprodução do capital.

No Brasil, a Constituição de 1988, como já mencionado no decorrer deste trabalho, representa o marco inaugural das concretas transformações na concepção da cidadania, estabelecendo-se, pois, legalmente, meios democráticos de construção e reconstrução das relações entre o Estado e a Sociedade Civil. Os conselhos paritários, foram instituídos e consolidam, democraticamente, a participação da Sociedade Civil em decisões no âmbito público, com o intuito de parceria com o poder constituído, implicando conseqüentemente na autogestão local.

Nesse aspecto, a investigação dá conta, de que, na Argentina, a participação está restrita ao Conselho Federal de Saúde – COFESA. E, de acordo com o Ministério da Salud (2000, p. 25).

[...] es el espacio natural para recrear um foro de construcción de consenso, concertación e acuerdo federal, entre los distintos sectores y las jurisdicciones, para el tratamiento de las diferentes temáticas substantiva que requieren decisiones compartidas, con el objetivo de construir una política nacional de salud e para la articulación de planes y programas para el país en su totalidad.

Vale lembrar que, o COFESA apresenta-se como um espaço de participação e intercâmbio dos três setores que compõem o Sistema de Saúde na Argentina, ou seja, o público, o privado e a seguridade social, e não privilegia a participação de representações da sociedade civil na discussão e construção das políticas de saúde.

Assim, na Argentina a presença dos conselhos paritários ainda se faz bastante incipiente e/ou inexistente, as apreensões seguintes, dão conta do que estamos falando.

No hay una representación formal en este sentido, es informal en algunos hospitales que por ley están armados los consejos de administración, el representativo[...] como hay algunos municipios, como hay en el hospital [...] la comunidad participa activamente y tiene el mismo poder de decisión que el resto del consejo. tiene que ver con el director del hospital, tiene que

ver con el representante del municipio, tiene que ver con el representante de la comunidad dentro[...]. (Gestor Estadual de Saúde – D)

No aspecto social vai ser mais difícil [...] Assim, teve agora aquele congresso, as conferências geralmente, [...] assim, eu não fui, mas eu ouvi os conselheiros do conselho estadual que foram relatando essa prática que nós temos aqui no Brasil de discutir com a sociedade e que a gente precisa avançar ainda muito mais, sabe, que a gente tenha alguns casos desses conselhos determinados e não ter uma pauta de discussão aberta e tal, nesses países nem se discute isso. (Gestor Estadual de Saúde – A)

Para Battini (1998), no caso específico da inexistência dos conselhos paritários, o que se coloca, é a possibilidade da ameaça de cooptação do poder público e/ou privado sobre os interesses da população. Daí entendemos, a necessidade de articulação, instrumentalização e implementação de espaços que se expressem através da organização coletiva, também em âmbito regional dos municípios pesquisados, sob pena, de perder-se um importante espaço demarcado pela democracia instituída tanto no Brasil quanto na Argentina.

Nesse aspecto, a garantia de conselhos paritários regionais vinculados às políticas públicas da saúde dos municípios pesquisados e com o enfoque no acesso à saúde além fronteiras, poderá caracterizar-se como uma das possibilidades de diálogo norteado pela descentralização. Os conselhos paritários regionais também, poderão fazer – ser órgãos fiscalizadores e deliberativos com caráter representativos, pois, seriam instrumentos para tal realização e “é, assim, uma prática que se constrói no âmbito das políticas públicas e da sociedade civil, tendo clareza que as ações naquele âmbito não podem mais se centrar na vontade do governante e de seus assessores [...]” (BATTINI, 1998, p.50).

Battini (1998, p.49), ao afirmar que “o caráter público é o não secreto, é o representativo, é um modo de fazer presente, de tornar visível, que é transparente, que não é escondido, que não é de prioridade de alguns” pressupõe a necessidade da participação popular em governos democráticos.

Jovchelovitch (1998, p.36), aborda a questão da democracia no âmbito municipal e defende que “é somente nessa esfera – no município – que a indignação cidadã pode, além de se expressar, obter respostas. Somente nessa esfera a transparência das ações públicas locais pode ser exigida, conhecida e alterada”.

Dessa forma, salienta-se que os conselhos paritários municipais/regionais poderão ser percebidos como espaço de expressão da organização coletiva, com vistas, a necessidade

de estimular o debate político sobre a garantia do acesso à saúde que necessariamente, diz respeito à vida das populações nos municípios fronteiriços.

Por outro lado, na busca do conhecimento, pode-se constatar a crescente importância de investigações que se ocupem em verificar como ocorre o acesso à saúde das populações residentes nos municípios fronteiriços pesquisados. Nesse aspecto, verificou-se que grande parte das vezes o acesso ocorre de forma individual onde a “carteira de saúde” municipal tem sido o documento passaporte para o acesso aos serviços de saúde existentes nos locais, deixando a população à mercê de subterfúgios e mecanismos.

As constatações a seguir confirmam a existência dessa prática, tanto nos municípios brasileiros quanto no município argentino:

Anteriormente ao uso da carteirinha a população atendida era muito maior, não dava [...] era uma população que ficava fora dos arquivos, porque não se sabia da onde eram. Mas hoje eles se utilizam muito de “jeitinhos” tipo assim, quando eles têm um familiar que é daqui do município eles dão o endereço do familiar para a agente de saúde; nós temos um monte de casos de pessoas de Barracão e de Bernardo de Irigöeyn que fazem assim, a gente sabe que é assim [...]. Daí eles fazem o mesmo nos outros municípios, e acabam sendo atendidos ou aqui ou por lá e assim vai indo. [...] tem casos de gente que aluga uma casa aqui prá ter o endereço e logo depois faz a mudança, ou então, mora aqui e trabalha na Argentina, ou o contrário [...] tem gente que casa com brasileiro e daí tem endereço brasileiro e argentino ao mesmo tempo [...]. Agora que adotamos a carterinha inibiu um pouco essa prática, mas ainda ocorre bastante (Profissional da Saúde – A – Município - A)

Todo ciudadano que pise el suelo argentino debe de tener la misma calidad y capacidad de acceso al sistema de salud, por eso también nosotros decimos, hablando de salud y no de enfermedad, que tratamos de abrir la mayor cantidad de puertas posibles para que el acceso a un centro de salud o a un hospital, sea igual. Y por eso también decimos que nosotros le dimos una credencial en la provincia de misiones, se le está dando una credencial, a partir del trabajo que están haciendo los promotores de salud que se llama “misiones salud” que tiene una banda magnética o un lector de barras adonde vos tenés identificado quien es y a que centro de atención primaria se debe [...] si tenés cobertura social, das el código de salud, se identifica, a nadie se le cobra [...] y en tu país también pasa exatamente lo mismo. (Gestor Estadual de Saúde - C)

Associado às preocupações dos sujeitos pesquisados, torna-se indispensável um trabalho criativo que possibilite novas formas de se lidar com a gestão dos serviços de saúde. (MENDES, 1993; CAMPOS, 1997; MERHY e ONOCKO, 1997).

Campos (1997), observa que um dos grandes desafios, no atual momento, é inventar modos de gerenciar os serviços de saúde, que sejam capazes de produzir responsabilidades e autonomia, tanto no que diz respeito aos trabalhadores de saúde quanto aos usuários dos serviços.

Por outro lado, a constatação da ocorrência de tal realidade reforça a necessidade da organização coletiva e possibilita a realização de parcerias entre os municípios, estados e países fronteiriços. Acerca do assunto, iremos abordar no próximo capítulo deste trabalho, porém não poderíamos deixar de sinalizar as observações seguintes.

[...] Então, ou nós do poder público vamos buscar mecanismos formais para isso ou eles vão continuar buscando assistência na informalidade, omitindo o endereço, sabe, omitindo uma série de questões para poder garantir o acesso. Que o que eles precisam é o acesso. Eles não têm que entender que não pode ou pode, eles estão no direito deles de buscar o acesso e nós temos que ter instrumentos que permitam o acesso dessa capacidade. Não tendo isso eles vão continuar buscando na informalidade. (Gestor Estadual da Saúde – D)

A partir de nossa experiência profissional afirma-se a inexistência histórica de registros que dêem conta de demonstrar como se expressa o acesso à saúde e a ocorrência de serviços destinados às populações residentes nos municípios fronteiriços pesquisados. Sabe-se que, anterior à prática da exigência da “carteira de saúde”, para o atendimento nas Unidades de Saúde, a população acorria, com maior facilidade e em especial, aos serviços oferecidos em nível da Atenção Básica e que, mesmo após a adoção desse critério, várias são as possibilidades utilizadas para facilitar o acesso à saúde.

Dentre as possibilidades, destacam-se a dupla cidadania, a alteração freqüente de endereço residencial e/ou comercial, a utilização de nomes de parentes e amigos, a facilidade de comunicação na língua de origem e do país vizinho, entre outras.

Reforçando novamente o entendimento de que a linha imaginária/ (in) visível – a linha de fronteira – adquira conformações objetivas, compondo-se um processo sociocultural complexo em decorrência do que Oliveira (1997, p. 14) denominou de "*nacionalidades em conjunção*":

É assim que em ambos os lados da fronteira pode-se constatar a existência de contingentes populacionais não necessariamente homogêneos, mas diferenciados pela presença de indivíduos ou grupos pertencentes a diferentes etnias, sejam elas autóctones ou indígenas, sejam provenientes de

outros países pelo processo de imigração. Ora, isso confere à população inserida no contexto de fronteira um grau de diversificação étnica que, somado à nacionalidade natural ou conquistada do conjunto populacional de um e de outro lado da fronteira, cria uma situação sociocultural extremamente complexa.

Resgatando-se a 2ª. Questão Norteadora de nossa investigação, reitera-se que a população que acorre aos serviços de saúde nos municípios pesquisados organiza formas ora criativas, ora passivas, de resistência e transgressão para garantir o acesso à saúde, sendo que as formas de organização coletiva são ainda incipientes ou inexistentes. Afirmando-se o conhecimento de que a utilização de subterfúgios para adentrar nos sistemas de saúde não é prática somente da população dos municípios pesquisados. Porém, pelo fato de esses municípios encontrarem-se em locais estratégicos, em âmbito do Mercosul, sugere-se às esferas governamentais, mais especificamente ao Ministério da Saúde, a criação de mecanismos que possibilitem a normatização e a organização das ações existentes na atualidade, e que através de critérios formais faça o monitoramento, controle e a avaliação de tal prática. E que, após análise técnica de profissionais específicos, tal mecanismo possa ser incorporado aos indicadores de saúde trabalhados pelo DATASUS, tornando-se, assim, mais uma das ferramentas gerenciais que possibilitam o planejamento de ações locais, regionais e internacionais integradas, baseadas numa realidade, “acredita-se, então, mais confiável”.

6 A SAÚDE NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS: O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO/MERCOSUL

Nesta parte do trabalho, procuramos vislumbrar algumas possibilidades e também limites que se apresentam à integração do acesso à saúde na região de municípios fronteiriços do Mercosul. A análise que compõe esta etapa do trabalho aponta alguns desafios no desenvolvimento de políticas integradas, visando à garantia do acesso à saúde além fronteiras, no Brasil e na Argentina. Nas partes anteriores de nossa construção foram apresentados alguns aspectos relacionados à temática, que ora nos propomos a aprofundar, visando contemplar a terceira e última questão norteadora de nossa investigação que se volta à necessidade de reformulações e proposições de políticas públicas integrativas com resolutividade.

Apresentamos a 3ª. Questão Norteadora da investigação.

3ª. Questão Norteadora - Como as diferenças nas concepções de saúde dos profissionais e dos gestores dos diferentes países pesquisados se refletem na organização dos sistemas de saúde e em que medida determinam a mobilidade territorial para o acesso à saúde?

6.1 POSSIBILIDADES E INSUFICIÊNCIAS PARA A INTEGRAÇÃO NA REGIÃO DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO MERCOSUL

"Não, jamais saí daqui, e ignorava até os limites de minha região. Mas os julgava bastante recuados. Esta crença, porém, não se baseava em nada de sério, era uma simples crença. Porque me parece que uma espécie de degradação me faria pressentir se os limites estivessem ao alcance de meus passos. Penso que as regiões não acabam bruscamente, mas se fundem insensivelmente umas nas outras. E jamais notei algo de semelhante. Por mais que tivesse me afastado, num e noutro sentido, era sempre o mesmo céu, e a mesma terra, dia após dia, e noite após noite. Por outra parte, se as regiões se fundem insensivelmente uma nas outras, o que ainda está por ser provado, é possível que eu tenha saído dela muitas vezes acreditando estar dentro." - Samuel Beckett - (Molloy - 1951).

O Mercosul teve sua origem na década de 1990, num momento em que imperava outro cenário na América – Latina, principalmente nos países Brasil e Argentina, onde recentemente a ditadura cedia lugar aos sistemas democráticos. É importante reforçar que o surgimento inicial do Mercosul procura dar conta de questões voltadas diretamente ao mercado, sem levar em consideração as questões sociais e humanas existentes no interior de cada país.

Mais de uma década se passou, desde a criação do Mercosul, e percebe-se que a idéia inicial de integração dos mercados necessita da agregação de outros conceitos e valores que estejam diretamente relacionados à melhoria de vida das populações, em especial, dos municípios fronteiriços de Barracão e Dionísio Cerqueira, no Brasil, e Bernardo de Irigöyen na Argentina.

Os sujeitos da pesquisa se posicionaram a respeito; vejamos o seguinte depoimento:

O Mercosul, implantado, não se preocupou com o impacto nas fronteiras. Somos hoje, nesta Tri-Fronteira, unida e dividida por linhas imaginárias, fato único no mundo, meros espectadores observando a passagem de caminhões que transportam produtos de exportação e importação; ficamos com o lixo proveniente deste fluxo, como as DST's, com a problemática da prostituição(...) também ficamos à mercê do bom humor de técnicos que trabalham nos órgãos oficiais ligados à importação e exportação de ambos os países, que muitas vezes complicam a passagem das pessoas que habitam as cidades trigêmeas, muitas vezes criando dificuldades inexistentes para justificar o poder que muitas vezes exercem, sem critérios técnicos, não embasados em leis, desconhecendo a importância da saúde, gerando insegurança e medo que muitas vezes se traduzem em baixa estima dos habitantes locais. (Gestor Municipal da Saúde – B).

Vale enfatizar que independentemente de um cidadão morar no Brasil ou na Argentina seu acesso mais racional, às vezes, pode ser o país vizinho. Nesse aspecto, houve manifestações com relação à capacidade de o setor saúde assumir responsabilidades que garantam a universalização do acesso e a integralidade da atenção aos usuários, além fronteiras, no seguinte sentido:

Não há essa avaliação por não haver qualquer política que incorpore a população além fronteiras e, portanto, não há programação, objetivos e metas de referência para uma avaliação precisa. (Gestor Estadual da Saúde – A)

A histórica vulnerabilidade da população de municípios fronteiriços, somando-se as características do setor saúde, evidencia que existe urgência no firmamento de políticas externas articuladas que dêem conta das necessidades das populações residentes nesses locais.

Nós temos sempre esse “status” de fronteira, porque quando você pensa em fronteira, você sempre tem aquela questão socioeconômica, divisão de espaço, a questão de serem dois países, o baixo poder aquisitivo, a questão trabalhista, as indústrias (...) (Gestor Estadual da Saúde – B).

Para Almeida (2002), é visível que a crise econômica e a mudança na perspectiva de desenvolvimento econômico suscitado pelo Estado, visando à hegemonia neoliberal nas últimas décadas em países como Brasil e Argentina, procurou atender às exigências dos ajustes macroeconômicos, com pesados condicionantes estabelecidos pelos credores internacionais, aumentando de forma importante as desigualdades históricas nesses países.

Em municípios fronteiriços como Barracão e Dionísio Cerqueira, no Brasil, e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, essa dinâmica é ainda mais discrepante, devido à realidade própria e expressiva do significado fronteira, o qual para Becker (1990), pode não significar o sinônimo de terras devolutas, cuja apropriação econômica é franqueada a pioneiros ou camponeses, e sim, espaço também social e político, que pode ser definido como um espaço não plenamente estruturado, potencialmente gerador de realidades novas. É, pois, para a nação, símbolo e fato político de primeira grandeza, como espaço de projeção para o futuro, potencialmente alternativo.

Entretanto, para o capital, a fronteira tem valor como espaço onde é possível implantar rapidamente novas estruturas. Para Becker (1990), a grande fronteira hoje assume não só um novo significado, como também uma nova escala, expressando a transição para um novo padrão de inserção do Brasil no sistema mundial.

Num primeiro momento, pensar em fronteira pode relacionar-se ao entendimento de um lugar diferente. É o que Martins (1996) remete a um só tempo, um lugar de descoberta do outro e do desencontro. Não só o desencontro e o conflito decorrentes das diferentes concepções de vida e visões de mundo de cada grupo humano, mas o desencontro na fronteira é o desencontro de temporalidades históricas, pois cada grupo está situado diversamente no tempo da História.

Sob o ponto de vista geográfico, Martins (1996) observa que serve para separar territórios e definir até onde vai a área territorial de cada país. A zona fronteiriça regula os povos, culturas, políticas, línguas, economias, enfim, estabelece a soberania de cada país, de forma que os países vizinhos não devem interferir nas relações sociais internas de cada Estado.

Dentre as várias bibliografias percorridas visando à compreensão acerca do que melhor poderia corresponder à noção de fronteira, reportou-se a Nogueira (2001), é objeto de um uso acríptico, seja por intelectuais de fora da região, seja por intelectuais de dentro da própria região.

Para Nogueira (2001), os diversos significados atribuídos ao termo levaram a sua vulgarização, dificultando mais do que facilitando a compreensão da região e de sua articulação com o território nacional; de forma direta, território é o produto histórico do trabalho humano, que resulta na construção de um domínio ou de uma delimitação do vivido territorial, assumindo múltiplas formas e determinações: econômica, administrativa, bélica, cultural e jurídica.

O território é uma área demarcada onde um indivíduo, ou alguns indivíduos ou, ainda, uma coletividade exercem o seu poder. Assim, o território contém o espaço e não “A utilização do território pelo povo cria o espaço” (SANTOS, 1978, p. 189).

Segundo Raffestin (1980, p. 143), à medida que:

Espaço e território não são termos equivalentes [...] É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível.

Para Raffestin (1980) trata-se de uma noção construída de fora, e que não permite a leitura do espaço pelos atores sociais internos; traz embutida também a idéia de uma centralidade dominante, na qual a fronteira está sempre fora e na periferia, caracterizando uma visão etnocêntrica de espaço geográfico; por isso mesmo, possui um significado desagradável e pejorativo, em regra geral, atribuído por quem está no centro; significado este que acaba sendo transmitido a sua população. Se a noção de região de fronteira está incompleta e não consegue explicar tudo, esta é uma evidência inquestionável.

Contudo, Nogueira (2001) defende que a noção traz consigo, como tripé:

- a) O destaque a uma preocupação econômica dos processos que modelam o espaço regional;
- b) O impacto do modo de produção capitalista e suas formas recentes de reprodução nas organizações espaciais anteriores;
- c) A necessidade de explicar o desenvolvimento desigual e combinado no interior dos territórios nacionais.

Os municípios de Dionísio Cerqueira, Barracão e Bernardo de Irigöyen expressam verdadeiramente essa realidade, necessitando que as políticas públicas implementadas sejam mais radicais que em outras regiões no interior dos países.

A questão da fronteira acaba atraindo muitas pessoas que se ilude com uma realidade que não existe. O governo dá alguns incentivos para as famílias, mas que no fundo acabam perpetuando ás precárias condições sociais, uma vez que é dado o peixe, mas não se ensina a pescar. Acho que valeria a pena pensar em planejamento conjunto. (Profissional da Saúde – A – Município A).

Nesse aspecto, também a ocorrência de planejamentos integrados entre os municípios vizinhos, que, por sua vez, também são Estados e países vizinhos, podem dar sustentação à 3ª. Questão Nortedora de nossa investigação, no que diz respeito a reformulações e proposições de políticas públicas que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença, além fronteiras. Concretizando-se através de ações que venham ao encontro de tal realidade, fornecendo subsídios para o setor saúde desenvolver-se comprometidamente com a qualidade de vida das populações residentes na região de municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

6.1.1 Planejamentos Integrados uma possibilidade a ser construída

Quando questionados sobre Planejamentos Integrados entre os municípios, Estados e Países, algumas observações foram constatadas:

[...] Esse é um grande ponto de conflito e um enorme desafio, para nós, enquanto gestores do Estado, de município e União (Gestor Estadual – D).

Vale ressaltar, também, que temos uma parcela muito grande da população nessa região de fronteira que possui dupla nacionalidade, sendo atendidos aqui no Brasil e também ali na Argentina. Um planejamento integrado poderia beneficiar essa população também (Gestor Municipal de Saúde – A).

Eso, por eso te digo, la frontera que son tan vivas, móviles, hacen que los que están dirigiendo no se den cuenta de lo que está sucediendo realmente con ellas. (Gestor Estadual de Saude – D)

Os sujeitos da pesquisa exemplificam como entendem que seria, caso houvesse um planejamento integrado:

Me parece que, inicialmente, é preciso a conscientização que, no caso das cidades trigêmeas, somos um perímetro urbano dividido em três cidades, com legislações específicas, com poderes distintos, com hábitos, tradições e culturas diferentes e ainda com duas línguas oficiais. Segundo passo: é preciso idealizar o controle aduaneiro de “comércio formiga” para as periferias das três cidades, uma espécie de “zona franca”, em ações que pudessem ser compartilhadas, como por exemplo, unificação dos calendários sanitários, unificação das inspeções de produtos de origem animal, atuação em conjunto das forças de segurança pública, telefonia fixa com tarifas locais e não internacionais, livre circulação de produtos aos municípios das três cidades sem restrição de “barreira” injusta e ineficaz e, principalmente acesso à saúde das três cidades, sem distinção, padronização das ações de epidemiologia, de programas e ações que visem o combate da dengue e outras enfermidades deste gênero, por exemplo. Enfim, fazer com que as ações conjuntas sejam como se, neste local, existisse somente uma cidade, um só povo, uma só conduta padrão e ter certeza de que aqui não existam estrangeiros, mas brasileiros e argentinos (Gestor Municipal de Saúde - B)

Conforme defende Costa (2004), o desenvolvimento do setor saúde é ferramenta importante para o aumento da inclusão social no país, capaz de impulsionar o desenvolvimento sustentável e integrado, pois está diretamente relacionado com o combate à pobreza.

E, dando vazão à análise, lembramos Sposati (1996), quando menciona que a exclusão social no final do século XX assume o caráter de um conceito-denúncia da ruptura desse Estado do bem-estar social. Ao mesmo tempo, proclama-se o direito à diferença podendo-se apontar a presença de discriminação quando não se respeita esse direito. Assim, o conceito de exclusão social hoje se confronta diretamente com a concepção de universalidade dos direitos sociais e da cidadania. Assim, no contexto pesquisado, a exclusão é a negação da cidadania, que por sua vez, pode expressar-se através da inacessibilidade à saúde.

Dando continuidade à análise, trazemos o entendimento de Mendes (2004, p.52), quando orienta que:

A grande tarefa que precisa ser enfrentada no implica deslocar o entendimento sobre a problemática social do âmbito da exclusão para o da desigualdade social, o que significa reconhecer que os crônicos problemas sociais brasileiros, banalizados, são na verdade expressões da Questão Social que, uma vez desvendada em suas refrações e assumida como problema coletivo, pode ser transformada em demanda política para subsidiar a luta pela efetivação de direitos sociais, obrigando os poderes políticos a um posicionamento frente aos diferentes interesses em jogo, e no enfrentamento à questão redistributiva de riqueza e de poder, para consolidar uma ordem verdadeiramente democrática.

Todavia, reitera-se que ações planejadas e integradas podem representar uma ferramenta de grande utilidade para diminuir a lacuna que hoje separa de forma (in) visível os municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, principalmente, no que tange à reversão da realidade voltada para a camada da população excluída, para uma condição de incluída no âmbito do acesso à saúde.

Assim, com a intenção de contemplar a necessidade existente de repensar as práticas dispensadas aos serviços e atenção à saúde das populações dos municípios fronteiriços, solicitamos aos sujeitos pesquisados que expressassem como são identificados os principais problemas e definidas as prioridades em saúde no âmbito municipal. As constatações a seguir representam as realidades encontradas.

Em tese, a partir do Plano Plurianual, para quatro anos, que orienta o Plano Municipal de Saúde, para dois anos, desdobrado no Quadro de Metas, anual, e, avaliado pelo Relatório de Gestão. (Gestor Estadual da Saúde – A)

As definições das prioridades são elaboradas baseadas no Plano Municipal de Saúde, Agenda de Saúde, relatórios, conferências municipais, estaduais e federais que orientam as ações. (Gestor Municipal da Saúde – B).

No Brasil, a partir do momento em que toda a organização do SUS foi deslocada aos estados e municípios, através da municipalização das ações e descentralização do eixo gerencial, um dos instrumentos de materialização das potencialidades existentes em cada município pode ser expresso através da elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

Instrumento este que permite aos municípios viabilizar a superação de fatores como: o conhecimento da situação local, o que necessariamente diz respeito ao conhecimento das principais demandas existentes no município na área da saúde. Conforme menciona Barbosa (1991, p. 123), “*Ver o futuro é pensar no tempo, sendo que a reflexão permite esse modo de pensar, um pensar na ação, sendo o planejamento o elo de ligação entre o presente e o futuro*”.

Nesse sentido, o Plano Municipal, como parte integrante do planejamento, delinea as decisões de caráter geral do sistema, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e determina responsabilidades. Tem o sentido específico de sistematizar objetivos e metas estando, portanto, intimamente relacionado ao contexto local.

Outras constatações acerca de como são identificados os principais problemas e definidas as prioridades em saúde no âmbito municipal foram evidenciadas:

Pelos Agentes Comunitários de Saúde, trabalho dos PSF's, informações dos usuários, pelos membros do Conselho Municipal de Saúde e por todas as informações que norteiam o trabalho em saúde. A atuação do trabalho em saúde dos municípios é o indicador mais forte de satisfação ou insatisfação da população. (Gestor Municipal da Saúde – B)

Através das Conferências Municipais de Saúde, das reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde e do próprio atendimento direto à população. (Gestor Municipal da Saúde –A)

Nuestros pueblos se están relacionando a partir de las necesidades que tienen. El que tiene un enfermo [...] o viene, o utiliza los servicios de salud con mayor respeto. (Gestor Municipal de Saude - D)

Nuestros problemas son identificados por la mortalidad infantil, los indicadores de natalidad, los indicadores tanto de mortalidad materna como de los chicos. Cuales son los indicadores de nutrición de la población, los indicadores de escolaridad, que hace que, todos los indicadores que se utilizan [...] y a partir de los indicadores hacen que uno pueda mobilizar.(Gestor Estadual de Saude - D)

A tática-ação que estamos trabalhando no Estado do Paraná, exige indicadores para poder trabalhar [...] tem que se trabalhar dados e indicadores, a gente tem, eles existem, mas precisam ser melhor trabalhados. (Gestor Estadual da Saúde –B)

Os locais pesquisados utilizam diferentes formas para realizar a identificação dos principais problemas existentes e estabelecer prioridades para o seu enfrentamento, como se

pode perceber. Porém, constata-se no desenvolvimento cotidiano de nossas atividades profissionais que essas formas se apresentam ainda muito incipientes. É uma realidade presente e que, de acordo com Travassos (2000), se expressa de forma geral no contexto brasileiro, não sendo mérito somente das esferas municipais, pois ainda são escassos os estudos voltados para mensurar o impacto da implantação da política da saúde. Em nível Nacional, para a autora, isso pode ser explicado pelo fato de que dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, são anteriores à implantação do SUS, como os produzidos pelos suplementos saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, de 1981 e 1986, e pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição-PNSN de 1989. Atualmente, embora restritos às regiões Nordeste e Sudeste, dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida - PPV, de 1996/ 1997, possibilitam o estudo do padrão de equidade após a implantação do SUS.

Entretanto, a inserção soberana do Brasil e da Argentina, na consolidação do Mercosul, impõe a necessidade da construção de mecanismos de regulação e ordenamento do setor saúde, buscando-se viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços por parte dos usuários, em níveis nacional e internacional, e contribuindo de forma decisiva para a não persistência de problemas relacionados à baixa eficácia dos sistemas de saúde, tanto brasileiros quanto argentinos.

O contexto, aqui delineado de forma bastante genérica, aponta para uma tendência convergente de orientação nas modificações das políticas públicas de saúde dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul, e reforça novamente nossa questão norteadora de pesquisa, no sentido da imposição de reformulações nas políticas públicas, passando-se a utilizar instrumentos administrativos e gerenciais, que permitam a introdução de formas administradas no interior dos sistemas de atenção à saúde, com a utilização de mecanismos que possibilitem usar informações já existentes, para a realização de Planejamentos Integrados. Esse é o caso dos indicadores e dados oficiais alimentados diariamente/mensalmente pelos municípios em que trabalhamos e que, na maioria das vezes, segundo nossa experiência profissional, não são utilizados para a realização de planejamentos in lócus, diminuindo, por sua vez, as formas diretas de intervenção do setor público dos municípios na operação de serviços voltados para a realidade vivenciada cotidianamente na área da saúde.

Conforme aborda um dos sujeitos pesquisados:

Precisamos nos utilizar de dados reais e pertinentes a nossa realidade tri-fronteiras e, principalmente, que pautem as ações ligadas à realidade em sua característica social, geográfica, cultural, política e na disponibilidade de recursos existentes. (Gestor Municipal da Saúde – B)

A inobservância da utilização de dados voltados à realidade, a nosso ver, será fator limitante para a integração na área da saúde, em municípios fronteiriços da região Mercosul, pois a situação de exclusão social, em que vive considerável parcela da população brasileira e argentina, residente em municípios fronteiriços, mostra a importância da socialização das informações para minimizar os problemas sociais nos dois países.

Nesse sentido, como esclarece Sposati (1996), é importante ter-se em mente, como propõe o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD e IPEA, 1996), que analisar dados sobre o desenvolvimento humano não é âmbito pessoal e individual, mas societário. A perda da capacidade humana pela ausência de condições de expandir as potencialidades individuais, quer pela precariedade do viver, quer pela morte precoce, reduz a riqueza potencial e o avanço de uma sociedade.

6.1.2 Dimensões envolvidas no processo saúde *versus* doença *versus* disponibilização de serviços

Reforçamos que a concepção tradicional de saúde, a qual se pauta no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde, tanto no Brasil quanto na Argentina, provocasse certa impotência frente aos problemas vivenciados pelo intenso processo de aglomeração e desigualdade social. Dessa forma, vem se fortalecendo em ambos os países, a idéia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais.

As falas a seguir constataam tal realidade, vejamos:

Com a entrada do Programa Saúde da Família, não somente no município, no Estado e no país, com essa ação preventiva buscamos fortalecer a atenção à saúde nos aspectos preventivos e de educação. [...] O PSF trabalha com uma sistemática de trabalho voltada também para ações coletivas. (Gestor Estadual de Saude –B).

Nosotros estamos buscando con la formación de recursos, a partir de la incorporación de un programa nacional que hay en el país que es “el médico comunitario” es un financiamiento del banco mundial son aquellos especialistas en tocoginecología, pediatría , clínica médica y médico generalista que a su vez se le está dando una lista(...)para formarse como médico comunitario, son casos de función primaria. Por eso, el modelo de gestión que son los hospitales de gestión con estos tres niveles[...] Con intersectorialidad de acciones. (Gestor Estadual de Saúde – D)

Atuamos com os Programas Saúde da Família e com o contato com os demais atores da área da saúde, médicos, bioquímicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes sociais e demais funcionários do governo da secretaria de saúde e hospital municipal. (Gestor Municipal de Saúde – A).

Programas de promoção da saúde das populações são cada vez mais requeridos e são temas em evidência na contemporaneidade, independentemente de país e, sobretudo, trazem desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde, bem como a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista.

A incorporação da visão de promoção da saúde nos programas de atenção à saúde supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980. No entanto, evidências foram constatadas na realização de nossa observação *in lócus*, demonstrando que a maioria das ações realizadas nos programas de promoção à saúde, destinadas à população nos três locais pesquisados, centralizam-se, ainda, em serviços prestados no modelo “queixa/cura”, discorrido na primeira parte de nosso trabalho.

O contexto em que vem acontecendo a formação e a prática das profissões na área da saúde tem passado por significantes transformações, dentro de uma dinâmica que tem seus próprios problemas e complexidades. Apesar disso, nessa realidade dinâmica, a sociedade, os profissionais e os gestores necessitam repensar em função de quem, para quem e como destinar os serviços necessários no atendimento à política pública da saúde em um “novo cenário” fronteiriço.

Sobre esse aspecto, houve manifestações dos sujeitos pesquisados, como:

[...] ahora vamos a buscar, vamos a promover la salud. estamos trabajando fuertemente con educación para que la currícula de los educandos sea modificada con temas puntuales que tengan a ver con todo lo que es promoción de la salud, con todo lo que es prevención (...)temas importantes(Gestor Estadual de Saude –C)

Porém, é importante dizer que são encontrados sem nenhuma dificuldade, nos municípios brasileiros, a oferta de serviços na Atenção Básica, operacionalizados através de Programas fomentados pelas Secretarias Estaduais e Ministério da Saúde, com ênfase nas vigilâncias epidemiológica e sanitária. No município de Bernardo de Irigöyen (Argentina), existe uma maior disponibilidade na oferta de serviços voltados a exames complementares como: tomografias, Raios X, ultrassons, entre outros. O que, por vezes, impulsiona a população na busca do acesso, àquilo que não é encontrado no seu município de origem. Considera-se necessária, ademais, a obtenção de outras informações sobre o volume, a natureza, as motivações, os mecanismos e os resultados obtidos no que tange ao acesso à saúde “além fronteiras”; por ora, afirma-se que a maneira como se apresenta a organização dos sistemas de saúde brasileiro e argentino atrai, sim, a mobilidade territorial na busca pelo acesso à saúde e impõe proposições de políticas públicas que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença.

Porém, lembrando Mendes (1998), ressalta-se que a atenção voltada para à produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença.

Mendes (1999c, p. 258), em sua discussão sobre a vigilância e a produção social da saúde, utiliza os conceitos derivados do campo da promoção da saúde para afirmar que:

Saúde, como expressão da qualidade de vida, resulta da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas conseqüências. Portanto, os serviços de saúde, ainda que importantes, são apenas um dos componentes da saúde. Assim, a construção social da prática da vigilância da saúde exige uma ação concomitante e coerente [...] projetos estruturantes.

As abordagens trabalhadas no decorrer de nossa análise deixam claro que a promoção da saúde é um campo de grande amplitude e cujas características o situam no

domínio da ação intersetorial para “além fronteiras”. Assim, dentre os setores que devem participar dessa ação integrada, situam-se os serviços de saúde.

Coadunando com nossa 3ª Questão Norteadora de pesquisa, diferentes concepções de modelos tecno-assistenciais em saúde apresentam propostas diversas para o papel que esses serviços devem assumir no desenvolvimento do processo.

Tratando-se dos locais pesquisados, em especial dos serviços oferecidos nos municípios, e novamente em consonância com Mendes(1999c) e Silva Jr (1998), é certo, no entanto, que o modelo assistencial flexneriano não dá conta da concepção ampliada de saúde. E, de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 1995, p. 16) é necessário que haja um esforço no sentido de “levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é”.

A evolução das reformas no setor saúde, no final do século XX, mostra um movimento em direção à busca de alternativas de modelo de prestação de serviços, sendo claramente influenciado pelos conceitos advindos da promoção da saúde, os quais serão provavelmente *“um dos eixos das futuras reformas”* (VIANA e DALPOZ, 1998, p. 08).

Assim, de acordo com Becker (2001), a reforma do modelo assistencial pretende que o acesso aos serviços de saúde deixe de ser centrado na existência de doença, de um diagnóstico de lesão orgânica, do atendimento hospitalar, da demanda espontânea aos serviços, para usar mais racionalmente os cuidados em unidades básicas e na rede ambulatorial.

Ainda de acordo com Becker (2001), trata-se, pois, da substituição de uma prática caríssima, simplista, limitada e sem continuidade de cuidados, por uma visão racionalizada do trabalho, amparada por uma melhor capacidade de resolver problemas e que busca antecipar-se à doença, tanto pela educação quanto pela promoção de saúde, tornando-a, portanto, mais econômica e efetiva.

6.1.3 Estratégias iniciais de enfrentamento e possíveis soluções de atenção integralizada na área da saúde

“...la América ha de promover todo lo que acerque a los pueblos y de abominar todo lo que los aparte”

José Martí

Destaca-se o papel do território utilizado pelas populações, na compreensão das situações de saúde e a utilização que se dá diante das diferentes contextualidades, as quais se expressam por meio das práticas sociais cotidianas na área da saúde pública. O desafio é trabalhar o local/regional como espaço de possibilidades criativas de mudanças, tanto em termos da produção de serviços de saúde, quanto de novas relações de poder em um mundo globalizado.

A aceitação desse desafio assenta-se na adoção do entendimento do local/regional como expressão do contraponto global/local em um mundo globalizado, mas também do pensamento desenvolvido a partir da implementação do Mercosul, para além da simples integração de mercados, incorporando-se, nesse aspecto, a possibilidade da produção integrativa de serviços de saúde destinados a atender demandas da região dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

Também pode se referir à produção de novos modos de produzir e disseminar informação em saúde, ou seja, diz respeito a novos modos de “promover a integração” através da saúde. Os profissionais e gestores envolvidos foram questionados a respeito de estratégias integrativas possíveis para o enfrentamento de situações comuns pertinentes à saúde na região dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul. Vejamos alguns posicionamentos dos sujeitos da pesquisa:

Acho que depende de um conjunto de coisas. Tanto da questão da iniciativa de cada município como da questão Mercosul e assim por diante. Cada dia, isso tem refletido mais na mídia (...) a gente tem é que ir se preparando para um bom funcionamento da saúde em termos gerais independentemente dos limites geográficos. (Gestor Estadual de Saúde – B).

Proposta do Ministério da Saúde encaminhou o diagnóstico das regiões de fronteira, mas com a descontinuidade da gestão em nível federal, estamos aguardando a retomada do processo. Com relação à integração entre municípios fronteiriços, estamos iniciando negociação da PPI Interestadual com o Estado do Paraná, que poderá garantir mecanismos de transferências

de recursos e garantia de acesso entre as fronteiras dos dois estados para serviços de interesse comum. (...) de acordo com o previsto na NOAS para a PPI da Assistência, no caso de serviços de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, várias outras lógicas são observadas. (Gestor Estadual de Saúde – A).

As constatações dão conta de que pensar alternativas de gestão e produção de serviços em saúde nos espaços locais/estaduais, operacionalizados nos municípios, por exemplo, faz parte das estratégias de enfrentamento no Sistema Único de Saúde, em espaços que podem ser considerados privilegiados pelo exercício de experiências que proporcionam e que envolvem desde ligações telefônicas, para “acordos informacionais” entre municípios fronteiriços, até a firmação da Programação Pactuada e Integrada – PPI, com vistas à contribuição efetiva para um projeto de construção social, que dê conta do “dever do Estado e direito do cidadão”.

Visualizando a região dos municípios fronteiriços, como espaço estratégico para o exercício de experiências integrativas, solicitamos informações dos sujeitos pesquisados acerca da existência de ações pensadas conjuntamente; esses manifestaram que:

Houve um estreitamento de laços com o vizinho país da Argentina na área da saúde. Objetiva-se a uniformização de algumas políticas de saúde. Também realizamos alguns eventos importantes conjuntamente, como o 1º Congresso Internacional de Saúde Bucal Tri-Fronteiras²⁴ e o 1º Congresso Internacional da Saúde Tri-fronteiras. São os primeiros passos locais que começam a ser dados em direção a uma integração na área da saúde. (Gestor Municipal de Saúde - A)

[...] Esses Congressos em que trabalhamos integrados podem ser referência e darem frutos futuramente. Às vezes não é preciso ir buscar experiências distantes, podemos trocar e crescer com as nossas. Temos que trabalhar mais, percebendo que aquilo que é bom para o Paraná, pode ser bom para Santa Catarina e para Misiones na Argentina. (Gestor Estadual de Saúde –B)

²⁴ Os sujeitos entrevistados referem-se aos municípios Tri-Fronteiras, como sendo, os municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira (SC/BR), Barracão (PR/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/Argentina), tal denominação/entendimento é comum e usual nos três municípios pesquisados.

Sinaliza-se que a realização do I Congresso de Saúde, no coração do Mercosul, mencionado pelos entrevistados, realizou-se nos dias 15 e 16 julho do ano de 2005 nas dependências do Clube Independência na cidade de Dionísio Cerqueira; foi uma iniciativa das autoridades dos três municípios fronteiriços de Barracão, Dionísio Cerqueira e Bernardo de Irigoyen e teve como resultado o encaminhamento inicial de propostas, como: a padronização de vacinas; ação conjunta em caso de catástrofe; atendimento conjunto em acidentes automobilísticos e intempéries físicas; e fatos que necessitem atendimento rápido e sem burocracia.

O I Congresso Internacional de Odontologia, no coração do Mercosul, do qual tivemos a oportunidade de participar na qualidade de ouvinte, aconteceu nos dias 11 e 12 de novembro, também do ano de 2005. No primeiro dia, realizou-se no Clube Independência na cidade de Dionísio Cerqueira e, no dia seguinte, nas dependências do quartel militar da cidade de Bernardo de Irigöyen.

As principais atividades do evento voltaram-se para uma apresentação sistematizada das atividades realizadas quanto à Atenção Básica na saúde bucal nos municípios brasileiros de Dionísio Cerqueira e Barracão, respectivamente, e uma explanação técnico-científica a respeito da prevenção de câncer bucal; cursos sobre disfunção crânio mandibular e de traumas; cirurgias e atualidades em odontologia, a cargo de especialistas da Universidade de Corrientes na Argentina. Colocaram em evidência, durante toda a realização do evento os encaminhamentos e a atenção voltada por parte dos municípios brasileiros em relação à Atenção à Saúde Básica; o município argentino, por sua vez, à média e alta complexidade.

Talvez essas propostas iniciais, operacionalizadas através da realização de Congresso, estejam vinculadas ao que Santos (1996) denomina uma "utopia democrática", porque a transformação que está implícita pressupõe a repolitização da realidade, incluindo as próprias representações - informações – de cada realidade/local, produzidas a partir de uma Política de saúde pública concreta, em que é necessário imperar o exercício radical da cidadania individual e coletiva.

Esse processo, segundo Santos (1996), baseia-se em uma rede de contra poderes de bases governamentais e populares que estabelecem ligações laterais e não têm um sujeito histórico privilegiado. Os seus protagonistas são todos os que, nos diferentes espaços de

exercícios de poder, criam e recriam atitudes que promovem a efetivação do acesso à saúde, como um direito humano fundamental social.

E, nesse aspecto, as possibilidades de um pensar na direção da produção de serviços de modo integrado entre a região dos municípios fronteiriços exige mais que a disseminação de informações por ocasião da realização de Congressos, pois implica perspectivas de competência democrática mais alargada, podendo começar pela articulação entre a democracia existente nos dois países envolvidos, Brasil e Argentina, como por exemplo, através da instauração de mecanismos coletivos de gestão integrativa.

Para Pedroso (2004), alguns documentos importantes foram viabilizados entre o Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones, dentre eles, destaca-se a Carta de Possadas, que data de abril de 2004; anterior à Carta de Possadas, havia o Convênio Marco de Cooperação também entre o Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones, firmado em agosto de 2003, com o objetivo de estimular o desenvolvimento e a integração dos respectivos Estado/Província (SANTA CATARINA, 2003).

Pedroso (2004) assinala que, dentre as intenções da Carta de Possadas, destacam-se as da Área da Saúde, cujo título é, Atendendo um espaço comum de entendimento e atenção à população de fronteira, propondo-se: a) definir o nível de complexidade dos estabelecimentos hospitalares nas localidades de fronteira; b) apresentar registro de atenções por especialistas e compatibilizar medidas de prevenção na região de fronteira, assim como, realizar de metodologia e fito-medicamentos de uso tradicional;c) criar estruturas formais de recolhimento e processamento de informações em nível local, regional e estadual; d) desenvolver sistemas especializados de apoio na tomada de decisões; e) desenvolver sistemas multimídia para a capacitação e avaliação de recursos humanos a distância e; f) estimular seminários regionais técnico-científicos e favorecer o intercâmbio de informações sobre a atenção a estrangeiros

Também a esse respeito, os sujeitos pesquisados trouxeram informações sobre a firmação de Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras, em fase de implantação; vejamos algumas considerações relevantes:

[...] o primeiro passo já foi dado com a assinatura do convênio do SIS - Fronteiras na data de 10 de novembro de 2005.(Gestor Municipal de Saúde – B).

Com a assinatura do SIS – Fronteira /Mercosul no mês de novembro, agora, esperamos intensificar ações de prevenção de doenças e atendimentos de urgência e emergência. (Profissional de Saúde - B).

O SIS – Fronteiras/Mercosul é uma possibilidade concreta de estreitar nossas relações com o país vizinho e estreitarmos as relações em prol da melhoria na área da saúde. (Gestor Municipal de Saúde - A)

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras é um projeto de integração de ações e serviços de saúde nas regiões fronteiriças do Brasil. Instituído em julho de 2005 pela Portaria nº. 1.120, o SIS-Fronteiras, foi lançado em novembro de 2005, na cidade de Uruguaiana-RS. Segundo o Ministério da Saúde, além de contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o projeto é uma importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina. Como base legal também possui a Portaria nº. 2.107, de 1º de novembro de 2005 que institui o Comitê Permanente e a Câmara Técnica de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras; e a Portaria nº. 1.122 de 6 de julho de 2005 que estabelece as etapas, os respectivos prazos e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e regulamenta a adesão dos municípios.

Em médio e longo prazo, o projeto propõe a integração dos serviços de saúde, nos países do Mercosul, surgindo como uma alternativa, para a equação da atenção à saúde nos municípios de fronteira. Segundo o Ministério da Saúde, o SIS – Fronteiras, possui como objetivo principal, a reversão da situação precária vivida pelas populações de municípios fronteiriços. No entanto, por se tratar de uma proposta recente e ainda em construção, várias dúvidas pairam entre os sujeitos pesquisados, como pode se verificar nas observações a seguir:

O Projeto SIS – Fronteiras que visa unilateralmente, pela parte brasileira, dar uma assistência aos moradores da linha de fronteira, do lado argentino, mas não explicando claramente, quem financia os procedimentos quando os mesmos necessitarem de atendimentos de média e alta complexidade. (Gestor Municipal de Saúde – B)

São questões complexas como a definição do modelo de atenção e a responsabilidade dos seus gestores pelos seus componentes, a alocação de recursos e a garantia de acesso são nós críticos para essa proposta ser bem sucedida. (Gestor Estadual de Saúde – D)

A criação do SIS–Fronteiras, vem ao encontro de uma realidade concreta, visualizada nos municípios fronteiriços pesquisados e, certamente, também presente em outros municípios fronteiriços do Mercosul; porém, os municípios pesquisados já prestam ações de saúde formais (PPI's) e informais (ligações telefônicas) em conjunto com governos locais e do país vizinho.

O problema é que, por questões legais diversas, a atenção, que é destinada, seja ela planejada ou não, aos estrangeiros, é prestada com base em acordos informais. Entre outros transtornos, observa-se que isto tem gerado diversas distorções, como o sub-registro de uso dos sistemas de saúde tanto no Brasil quanto na Argentina; o estrangulamento do financiamento dos governos municipais das ações de saúde; a pouca qualidade da informação; e o desconhecimento dos usuários dos serviços, gerando erro na focalização da ação pública. Vale ressaltar, que esses são apenas alguns exemplos, visualizados no decorrer de nossa trajetória profissional e reiterados durante a investigação *in lócus* e refletem distorções geradas, que têm sido um empecilho evidente para o acesso à saúde como exercício de cidadania, despontualizando a eficiência das políticas públicas de saúde.

As manifestações seguintes reforçam a assertiva, vejamos:

Nós diríamos os atendimentos ficam fora dos arquivos. Isso nós temos verificado aqui entre os municípios. Então, se existe alguns acordos internacionais em outras áreas, é preciso firmá-los também na saúde (...) mas que precisam entrar para a lógica do sistema público. (Gestor Municipal de Saúde– B)

A questão da fronteira implica uma série de fatores que precisam ser trabalhados, debatidos. Existe essa preocupação com a integração Brasil e Argentina, mas é preciso estabelecer normas visando beneficiar brasileiros e argentinos. A gente não tem controle; às vezes, atendemos alguém que vem morar aqui e é lá do outro lado, e depois volta pra lá e nunca mais aparece. Daí, assim, não existe continuidade de nada (...) (Profissional da Saúde – A – Município - A).

O SIS – Fronteiras surge a partir do reconhecimento de que o processo necessário e lógico de harmonização, com sua morosidade característica, não é capaz de atender à urgência de organizar as ações nas fronteiras. Surge, a partir da compreensão de que a organização dos serviços nas fronteiras é um processo paralelo e indutor da harmonização necessária à integração dos sistemas.

Lembrando que a responsabilidade por todas as ações que envolvem as fronteiras brasileiras é por força da Constituição, do Governo Federal, ao propor o projeto do SIS - Fronteiras, o Ministério da Saúde reconhece tal responsabilidade e dá início a ações voltadas à resolução de problemas que se arrastam há anos nos municípios fronteiriços.

Na realidade, há uma gama de ações organizativas do sistema que independem do processo de harmonização. Para Gallo (2004), o SIS-Fronteiras, que inicialmente foi denominado de SIS-Mercosul, sugere o planejamento da integração em horizontes temporais distintos, refletindo a observação da importância da transfronteirização, além da harmonização. Segundo o autor, o Ministério da Saúde brasileiro, nesta primeira etapa da discussão, vem tentando tratar das ações passíveis de acontecerem em um curto-prazo de tempo. Para tanto, o Ministério da Saúde pretende propiciar um tratamento diferenciado aos municípios de fronteiras, buscando, inclusive, desenhar políticas públicas que sejam indutoras - ou ao menos facilitadoras - da integração a ser pactuada e consolidada entre todos os países que compõem o Mercosul.

Dando continuidade, Gallo (2004) cita, como exemplo, a criação de incentivos - a serem providos pelo Ministério da Saúde - que demandem, como contrapartida de estados e municípios participantes, compromissos de adesão ao SIS-Fronteiras e que sejam vinculados à pactuação de indicadores de qualidade da atenção (alusivos às peculiaridades das fronteiras), à adscrição de clientela e à adequação dos sistemas de informação. Outro exemplo de ações indutoras, segundo o autor, seria a promoção de programas de formação e capacitação, levando-se em consideração a realidade regional e a necessidade de protocolos e programas comuns.

O SIS-Fronteiras também incentiva a iniciativas referentes a linhas de investimentos, que podem induzir à melhoria da qualidade das Secretarias Municipais de Saúde. Entre elas, estão: a abertura de linhas de créditos voltadas exclusivamente para à melhoria do sistema de informação; a definição e monitoramento de metas de saúde; a capacitação de funcionários e gestores; e o controle e avaliação dos prestadores de serviços próprios e contratados. São algumas propostas - com aspectos operacionais em fase de finalização - que surgiram, por intermédio de iniciativas do Ministério da Saúde, com a participação do Conasems, Conass e organismos de fomento e cooperação técnica (Opas, Bid, Unesco), para atender à demanda do Mercosul por ações integradoras de saúde.

Para finalizar, Gallo (2004) enfatiza que, para a elaboração, desenvolvimento e qualidade do SIS – Mercosul, é necessário, entretanto, que os atores envolvidos nesse debate continuem realizando esforços conjuntos a fim de implementar uma solução efetiva para a integração da saúde nas fronteiras.

A esse respeito, entre os pesquisados, observa-se uma preocupação:

Depois de firmado o SIS- Mercosul, como é que se vai romper com as leis para a gente conseguir, por exemplo, vacinar a população de Bernardo de Irigoyen, sem que os técnicos brasileiros da imunização tenham que passar com a vacina embaixo do braço, numa caixinha de isopor, sem precisar entrar por uma entrada clandestina? (...) Se nós não criarmos protocolos internacionais para essas regiões de fronteira e quisermos garantir a cobertura vacinal de um lado e cobertura vacinal de outro, programas de Aids de um lado e programas de Aids de outro, nós não vamos superar, não adianta criar nenhum sistema. O SIS – Mercosul precisa firmar acordos que avancem também nos aspectos jurídicos- institucionais. (Gestor Estadual de Saúde –D)

A constatação do sujeito pesquisado traz à tona a necessidade de observar as questões jurídicas nacionais e internacionais vigentes, e de repensá-las a partir de uma organização legal que dê conta de garantir que a política pública da saúde se legitime na região dos municípios fronteiriços no âmbito de Mercosul. A fragilidade existente no tocante a essa realidade está demonstrada, mas não é objetivo de nosso trabalho aprofundar as questões pertinentes a embasamentos legais. Outras manifestações foram feitas, reforçando a constatação da urgência em se definir instrumentos jurídicos que possibilitem a operacionalização do SIS – Fronteiras, vejamos:

Se as leis existentes hoje permitissem, nós poderíamos fazer um trabalho mais integrado entre os municípios dos dois países; nós temos experiências bem interessante na área preventiva da saúde bucal aqui na nossa região, tanto no município de Barracão como aqui em Dionísio Cerqueira e, a gente poderia realizar esse mesmo trabalho, ali do lado, em Bernardo de Irigoyen; em contra partida, eles poderiam nos assessorar no sentido da saúde na média complexidade. Mas, quem disse que poderíamos passar pro lado de lá e trabalhar? Existem empecilhos legais que não permitem essa prática ainda. Acho que é preciso avançar também nas questões legais, senão a gente faz o que pode por aqui, eles o que podem por lá e vai ficando assim mesmo. (Profissional da Saúde – C – Município - A)

[...] en su momento y en el país, y en tu país también pasa exactamente lo mismo, que siempre digo que a una cuadra del hospital más importante se muere alguien, por cualquier causa. Nosotros queremos que eso nunca más suceda [...] es un poco lo que decía hoy, a partir de los avances del mercosur, con el mercosur propio, a partir de los convenios multilaterales, yo no estoy viendo avances en este sentido como hubiera querido, porque ya

se tendría que haber resuelto el problema de la reválida de los títulos que los médicos puedan ir entre países y países, y por el otro lado veo que la respuesta se está dando en la frontera a partir de realidades totalmente diferentes que tienen nuestros pueblos se están relacionando a partir de las necesidades que tienen. El que tiene un enfermo o viene, o utiliza los servicios de salud con mayor respeto para los argentinos vecinos de este lado que tenemos respuesta sobre laboratorios, sobre diagnóstico por imagen [...] como el brasileño va a Argentina para hacerse la ecografía, como el caso de Bernardo de Irigoyen y de Dionisio Cerqueira [...] eso, por eso te digo, la frontera que son tan vivas, móviles, hacen que los que están dirigiendo no se den cuenta de lo que está sucediendo realmente en ellas. (Gestor Estadual de Saúde - C)

Contemplando nossa análise, constata-se que a realidade pesquisada impõe a necessidade da criação de mecanismos legais que auxiliem a integração da oferta de serviços e de ferramentas de gestão mais eficazes, que permitam a (re) organização dos recursos já existentes destinados à atenção da saúde na região dos municípios fronteiriços no âmbito do Mercosul.

Percebe-se, também, a necessidade de somar-se ao pioneirismo de ações integrativas existentes e impulsionadas pela política da “boa vizinhança”, tanto em nível nacional quanto internacional, a agregação de outras estratégias de enfrentamento da realidade vivenciada no cotidiano, especialmente as relacionadas à garantia do acesso à saúde das populações fronteiriças, independente de território e de nacionalidade.

A essas apreensões somam-se aquelas inquietações que tínhamos como profissional trabalhadora na área da saúde da região Extremoeste Catarinense, as quais culminam na construção de reflexões que não se esgotam em si mesmas, mas oportunizam a visualização de um cenário que permite a construção de subsídios integrativos com sustentabilidade, como uma solução eficiente para lidar com a situação precária vivida pelas populações da região dos municípios fronteiriços. Concluimos com uma mensagem de um dos sujeitos da pesquisa, que revela o seguinte:

Juntos por Amor a la Vida es el sello distintivo de cada una de nuestras acciones y significa promover en la comunidad un sentido de autorresponsabilidad en el cuidado de la salud. trabajar en conjunto los equipos de salud, entidades científicas, académicas, profesionales y gremiales vinculadas al sector salud planificar la salud con participación social y a través de la democratización en las acciones que contribuyan a eliminar las injusticias que aún persisten. hacer de la salud un agente de cambio, una herramienta que construya Ciudadanía. [...] todo ciudadano que pise el suelo argentino o brasileño tiene que tener la misma calidad y capacidad de acceso al sistema de salud, por eso también nosotros decimos, hablando de salud y no de enfermedad, que tratamos de abrir la mayor cantidad de puertas posibles (Gestor Estadual de Saude -C)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a desconstrução de divisas (in) visíveis, em torno do acesso à saúde na região de municípios fronteiriços do Brasil e da Argentina, objetivou fornecer subsídios para uma análise mais ampla da saúde pública no âmbito do Mercosul, que, por sua vez, acredita-se, implica pensar no acesso à saúde como expressão de direito humano fundamental social, independentemente de território e nacionalidade.

A superação é compromisso para responder criativamente aos desafios impostos no mundo contemporâneo no que se refere às condições dignas de vida e sobrevivência, o que implica, necessariamente, pensar-se na saúde das populações. Velhos problemas continuam a assolar a humanidade ao mesmo tempo em que novos desafios surgem diariamente nos contextos sociais; assim, ao final deste trabalho, percebemos que o movimento percorrido, nesta investigação, nos possibilita afirmar que não há conclusões definitivas, e sim, pontos de partida mais bem delimitados e questões operacionais mais bem definidas.

Pensar sobre o acesso à saúde como possibilidade de exercício da cidadania em municípios fronteiriços possibilitou-nos, de início, inventariar sucintamente as determinações históricas, estruturais e conjunturais acerca da questão da saúde no Brasil e, sutilmente, na Argentina, uma vez que, neste país, a realidade não se apresentou muito diferente da vivenciada conjuntamente nos vários países que compõem o Mercosul, com raízes históricas determinadas pela organização social ditatorial até aproximadamente a década de 1980.

O conjunto de reflexões e de elementos que caracterizaram a complexidade das questões postas como impasses às perspectivas de consolidação do acesso à saúde das populações residentes nos municípios fronteiriços de Dionísio Cerqueira e Barracão, no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina, apresentaram-se, em especial, através das ações efetivadas junto ao cotidiano das Secretarias Municipais de Saúde, dos respectivos municípios pesquisados.

Assim, ao longo do processo de construção deste trabalho, apresentaram-se determinações relevantes ao estudo proposto, as quais são merecedoras de resgate e reafirmação.

A saúde tem historicamente lutado para legitimar-se como direito dos cidadãos e como responsabilidade do Estado; contudo, o que temos percebido, ao longo dos anos, são ações governamentais que procuram mantê-la restritamente residual; dessa forma, permitindo-se a perpetuação de práticas clientelistas e assistencialistas.

No Brasil, a questão que marca a transformação dessa conjuntura é o processo de redemocratização do país, que teve início com a legitimação proporcionada pela aprovação da Constituição Federal de 1988, que qualificou legalmente a saúde como política pública integrante do tripé da Seguridade Social e impulsionou transformações na relação entre o Estado e a Sociedade Civil na questão das políticas públicas de uma forma geral.

Resgata-se que o nascimento do SUS no Brasil, em seus moldes atuais, remonta ao início dos anos 1980, quando vigorava um profundo sentimento de cidadania e participação popular em todas as áreas sociais, haja vista que o país estava saindo de um regime militar que restringia profundamente a participação popular. O sentimento expresso nas Conferências de Saúde, mais especificamente na VIII, foi uma forte conjugação de forças que defendeu e garantiu constitucionalmente a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A essência constitucional também propôs a estruturação de um sistema de saúde envolvendo descentralização político-administrativo-financeira, com planejamento ascendente, do nível local ao nacional, estabelecendo-se os níveis de participação no sistema de cada uma das instâncias.

Desta forma, toda a problemática de organização do SUS, deslocou-se aos estados e municípios, através da municipalização das ações e da descentralização do eixo gerencial. Neste sentido, torna-se imperativo aos municípios, em especial como enfoque deste estudo, a definição na prática de prioridades em saúde, verificando-se também a necessidade de averiguação da eficácia, eficiência e efetividade das ações e serviços destinados à população na esfera da saúde.

Possuindo-se a razão essencial de produzir mudanças na realidade em questão, a eficácia, a eficiência e a efetividade têm como possibilidades solucionar problemas sociais em um determinado período de tempo, e são ferramentas, hoje, consideradas indispensáveis para a mensuração e avaliação de diferentes políticas públicas, em especial na área da saúde. Este estudo não pretende traçar formas de alcance da eficácia, eficiência e da efetividade, e sim, apontá-las como ferramentas instrumentais de avaliação.

Em face da realidade social brasileira, a construção de um modelo universalista de cobertura, com acesso integral aos serviços de saúde, revela-se, pois, um processo de grande complexidade. A ampliação no número de beneficiários - praticamente a “totalidade” da população nacional - dos serviços de saúde, independentemente de haver qualquer contribuição anterior, além de elevar a expansão de cobertura, acarreta um aumento na produção de serviços, causando um impacto nos custos de financiamento com saúde, tornando-se ainda mais relevante a questão do planejamento e da avaliação das ações e serviços na área da saúde, independentemente do nível em que esta se encontra, municipal, estadual ou nacional.

Por outro lado, o desenvolvimento pelos municípios fronteiriços de estratégias para possibilitar o acesso de seus munícipes a serviços e ações de saúde, não oferecidos nos municípios de origem, apresenta-se ainda muito incipiente. Porém, frente à diversidade de situações enfrentadas na região dos municípios fronteiriços pesquisados, a instituição do Sistema Integrado de Saúde do Mercosul – SIS – Fronteiras, em fase de implantação, deverá incentivar e apoiar as iniciativas e ações locais, com vistas à gestão compartilhada e integrada dos sistemas de saúde do Brasil e da Argentina. Assim, o SIS – Fronteiras poderá a curto e médio prazos beneficiar as populações residentes em municípios fronteiriços, possibilitando-lhes o acesso à saúde integral e com qualidade.

A partir da análise empreendida acerca da temática proposta, buscamos conjugar o movimento do universal para o particular e vice-versa. Articulamos a discussão geral da realidade estudada com a determinação de uma realidade concreta, a qual se definiu pela retratação das experiências dos municípios de Dionísio Cerqueira e Barracão no Brasil e Bernardo de Irigöyen, na Argentina; mas, certamente refletem uma realidade presente quase que na totalidade dos municípios fronteiriços e, arriscaríamos dizer, em âmbito de Mercosul.

Essa é uma conjuntura que se apresenta para a Saúde tanto em nível nacional quanto internacional, nos municípios pesquisados; é uma demanda emergente de uma sociedade baseada em princípios democráticos, que precisa apreender e demarcar espaços.

Inicialmente, o cenário sugere a organização da própria demanda assistencial de cada município, compondo redes de referência para a média e alta complexidade, cuja inexistência é constatada e reiterada cotidianamente. É oportuno, também, criar-se instrumentos de identificação de usuários e procedimentos disponibilizados através do Ministério da Saúde

(DATASUS); praticar o planejamento integrado das ações e serviços oferecidos nos municípios fronteiriços; ampliar a participação da sociedade civil, por meio de diálogo com gestores, profissionais e conselhos de saúde, visando à relevância da integração para os governos envolvidos.

Merecem destaque algumas iniciativas já empreendidas, como a realização de Congressos, destacados pelos sujeitos da pesquisa; no entanto, percebe-se necessário desencadear ações mais decisivas rumo à ampliação significativa dos padrões de integração atualmente existentes; e a inexistência atual de dados sobre a referência populacional de estrangeiros/argentinos e/ou brasileiros, que acessam a saúde nos diferentes municípios, não nos parece impeditiva de tais iniciativas. Porém, reitera-se a necessidade premente de voltar-se esforços para estabelecer mecanismos confiáveis, considerando as especificidades dos municípios fronteiriços que, por vezes, impulsionam à população na busca do acesso, àquilo que não é encontrado no seu município de origem.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que os gestores e profissionais da saúde sejam instrumentalizados permanentemente, subsidiando e potencializando ações realmente propositivas. A população, por sua vez, para reivindicar acesso à saúde, precisa apoderar-se de conhecimentos e informações que lhe permitam repudiar práticas por parte do poder constituído, que não venham ao encontro de suas necessidades, a fim de construir e afirmar a saúde como política pública e como direito conquistado.

Contudo, nesse aspecto, salientamos a importância da parceria e articulação entre esses níveis, enfatizando, a responsabilidade do Estado - e quando nos referirmos ao Estado incluímos a 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina - em assessorar e assumir funções especialmente quanto à coordenação da organização da rede de serviços, sem superposições, com investimentos racionais, redefinição e qualificação dos serviços regionais de referência e, mesmo quando necessário à articulação dos consórcios intermunicipais de saúde, a prestação de assessoria aos municípios na qualificação técnica para que possam assumir com competência as funções pertinentes à saúde, entre outras atribuições.

Considera-se importante, ademais, a obtenção de outras informações sobre o volume, a natureza, as motivações, os mecanismos e os resultados obtidos no que tange ao acesso à saúde “além fronteiras”; por ora, afirma-se que a maneira como se apresenta a organização dos sistemas de saúde brasileiro e argentino atrai, sim, a mobilidade territorial na busca pelo

acesso à saúde, impondo proposições de políticas públicas que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença.

E, por fim, ao avaliarmos a construção deste trabalho, articulada ao processo de qualificação profissional que se encerra, tecemos a seguinte consideração: a experiência de construção desta Tese configura-se uma relevante experiência que nos permitiu o aprofundamento da análise de fenômenos relacionados à totalidade social, observando questões teórico-práticas, referentes ao nosso objeto inicial de estudo, que se definiu na análise do acesso à saúde no âmbito do Mercosul, mais especificamente, nos municípios de Barracão (PR/BR), Dionísio Cerqueira (SC/BR) e Bernardo de Irigöyen (Misiones/AR), privilegiando-se para a obtenção das informações a realização de entrevistas com Gestores Estaduais/ Municipais, Profissionais de Saúde e a observação *in locus* em Unidades de Saúde dos municípios e, conseqüentemente, Estados/países envolvidos.

Ficam dúvidas, desafios. Mas, também, fica uma certeza: a minha responsabilidade, como profissional da saúde exercendo a profissão de assistente social junto à 1ª. Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina, na busca da efetivação do que me foi proporcionado através desta construção; é a minha contribuição efetiva, é o que posso oferecer no intuito da construção daquilo que almejamos, mas que ainda hoje não vemos...

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sergio Henrique. **Os despossuídos (crescimento e pobreza no país do milagre)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ACURCIO, Francisco de Assis; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Jun 1996, vol.12, no.2, p.233-242.
- ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, 9:208-20, 1974.
- ALEIXO, José Lucas Magalhães. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.
- ALMEIDA, Celia. **Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário**. *Caderno Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.23-36. ISSN 0102-311X.
- ALMEIDA, Eliane Moraes de. **Direitos Humanos Fundamentais e o Direito Internacional**. 23º Procuradoria Criminal do Goiás, Caderno de Doutrina – direito penal. 23.06.2004. Disponível em <<<http://www.serrano.neves.nom.br/cgd/011901/011901.htm>>>. Acesso em 22 nov. de 2004.
- ARENDDT, Hannah. **O que é Política?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- _____. **A Condição Humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2000.
- ARGENTINA, **Constituição da República da Argentina**, 1992.
- _____. Ministério de Salud. **Políticas Sociais**. Buenos Aires, 2000.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Alves do. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática**. *Ciências saúde coletiva*. 2003, vol.8, n.3, p.815-823. ISSN 1413-8123.
- ASTORGA J., Ignácio; et al. **Estudo da Rede de Serviço de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2004.
- BARBOSA, Mario Costa da. **Planejamento e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- BASTIAAN, Reydon; PLATA, Ludwig. Evolução recente do preço da terra rural no Brasil e os impactos do Programa Cédula da Terra, NEAD, 1999. Disponível em www.dataterra.org.br. 15 p. Acessado em jun. 2005.
- BATTINI, Odária. Participação popular e eleições municipais: o papel dos Conselhos Municipais. In: SILVA, Vini Rabassa da Silva (org). **Conselhos Municipais e Poder Local**. Pelotas: EDUCAT, 1998.
- BECKER, Bertha K. **Amazônia**. São Paulo: Ática, 1990. (Série Princípios).

BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. **Teoria Geral da Política a Filosofia Política e as Lições dos Clássicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BÓGUS, Claudia Maria. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa, pp. 49-53. In VILLELA, Wilza; KALCKMANN, Suzana; PESSOTO, Umberto Catarino. **Investigar para o SUS**: construindo linhas de pesquisa. Instituto de Saúde. São Paulo: 2002.

BRASIL. **Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1980.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Leis Federais N° 8.080/90 e 8.124/90. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvaall, Declaração de Bogotá – Brasília (mimeo). 1995 (data presumida).

_____. Sistema de Informação em Saúde do Mercosul. Disponível em <www.mercosulsaude.org>. Acesso em dez., 2003.

_____. Ministério Público do Trabalho. **Declaração Sócio-Laboral do Mercosul**. Disponível em: <http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/dec_Mercosul.pdf>. Acessado em: 14 de fev., 2004a.

_____. Página Oficial do Mercosul. Disponível em <www.mercosur.org.uy>. Acesso em 15 maio/2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm>. Acessado em: 15 de mai., 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida. **P. Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: ENAP, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma – repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTELLS, Manuel; BORJA, Jordi. As cidades como atores políticos. In: CEBRAP. **Novos Estudos**, n° 45. p. 152-166. São Paulo, Julho, 1996.

- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.
- COMPARATO, Fábio Konder. **A nova cidadania**. N. 28/29. São Paulo: Lua Nova, 1993, p. 85-106.
- COSTA, Laís. **Agenda Estratégica Nacional e o Ministério da Saúde: a importância da construção de um Plano Nacional de Saúde democrático**. Brasília: Ministério da Saúde, Mimeo. 2004.
- CUNHA, Sérgio Sérvula da. **Dicionário compacto de direito**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- DAL PRA, Keli Regina. Reformas do Setor Saúde nos países do Mercosul: As reformas na Argentina. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (org.). **Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 95-103.
- DAMATTA, Roberto. **Relativizando, Uma Introdução à Antropologia Social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In: **Saúde em Foco – informe epidemiológico em saúde coletiva**. Saúde Mental: a ética de cuidar. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1997.
- DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº 6, vol. 3, São Paulo: ANPOCS, 1988.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.443-63, 2000.
- SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.
- _____. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma nova teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- FERREIRA, José Altamir Vargas. **Planejamento em Saúde: dificuldades na implantação do Sistema Único de Saúde**. Trabalho apresentado na Disciplina “Planejamento em Saúde”. Curso de Especialização em Saúde Pública. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999. *Digital*. Disponível em: <<http://www.sopravariar.hpg.ig.com.br/dificuldades_sus.htm>>. Acessado em: mar., 2006.
- FLEURY, Sonia. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, n.43, p.44-52, 1994.
- FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FORSTER, Malcolm. R. Predictive accuracy as an achievable goal of science. **Philosophy of Science**, 69, 124-134. 2002.

- FRANCO, Maria Laura P. **O que é análise de conteúdo**. EDUC, nº6, agosto, (mimeo) [s/d].
- FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. In: WHITE, Kerr (ed principal). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington-D.C., OPS, 1992. p.929-43.
- FRIEDMANN, John. **Planning in the public domain: from knowledge to action**. Princeton: Princeton University Press, 1987.
- GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (orgs). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- GONZÁLEZ GÓMEZ, Maria Néida. Para uma reflexão epistemológica acerca da ciência da informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 5-18, jan./jun. 2001.
- GOUVEIA, Luís. **Shared Visualisation and Virtual Environments for Cooperative Learning. Postgrad'99**. Conference. UK: ancaster University, 1999.
- GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- GUARINELLO, Norberto Luiz. Cidades-estado na Antiguidade Clássica. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003, p. 29-47.
- GWATKIN, Davidson R. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? **Bull. Of the World Health Organization**, v.78, n.1, p.3-18, 2000.
- HASENBALG, Carlos; FRIGERIO, Alejandro. **Imigrantes Brasileiros na Argentina: Um Perfil Sociodemográfico**. Série Estudos, n° 101, Iuperj, fevereiro, 1999.
- HELLER, Agnes. **Além da Justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- HORTALE, Virginia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.1, p.79-88, 1999.
- IANNI, Octávio. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- JAEGER JUNIOR, A. **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas nacionais, regionais, globais**. Ijuí: UNIJUÍ, 2002. p. 349-375.
- JANOVSKY, Katja.; CASSELS, Andrew. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. In: **Health Policy and Systems Development An Agenda for Research** (K. Janovsky, ed.), pp. 11-23, Geneva: World Health Organization, 1995.
- JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, Paulo César Vaz. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, n.42, p.10-5, 1994.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 56, p. 34-49, mar.1998.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública** v.32(2), Rio de Janeiro, 1998.

KNOWLES, James C.; LEIGHTON, Charlotte **Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators**. Special Initiative Report 1. Bethesda: ABT Associates Inc./Harvard School of Public Health, 1997.

LANGDON, E. Jean. **Conceito da Cultura**. Texto mimeografado. Florianópolis: UFSC, 1991.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

LIMA, Luiz Antonio O. **Alternativas éticas ao neoliberalismo: Rawls e Habermas**. São Paulo: Lua Nova, n. 28/28, 1993.

MAGALHÃES, Rosana. Enfrentando a pobreza, reconstruindo vínculos sociais: as lições da Ação da Cidadania contra a fome, a miséria e pela vida. **Cadernos de Saúde Pública** 18(supl.):121-132, 2002.

MANNHEIM, Karl. **Liberdade, poder e planificação democrática**. São Paulo: Mestre Jou, 1972.

MARCHI, Júlio César. O processo de integração dos serviços de saúde no Mercosul: uma análise das perspectivas e obstáculos no âmbito da prestação dos serviços. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MARINHO, Josaphat. **Constituição e instabilidade constitucional**. Revista de Informação Legislativa. Brasília: Senado Federal, 1997.

MÁRMORA, Lélío. **Las políticas de migraciones internacionales**. Buenos Aires: Alianza, 1997.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? In: **Cad. Saúde Pública**. v.18. supl. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&lng=es&nrm=iso>. Acessado em jun. 2005.

MARSHALL, Theodore H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, José de S. O tempo da fronteira: retorno à controvérsia sobre o tempo histórico da frente de expansão e da frente pioneira. Tempo Social: **Revista de Sociologia da USP**. São Paulo, v. 8, n.1, p. 25-70, mai. 1996.

MATELLART, Armand e Michele. **História das teorias da comunicação**. Tradução Luiz Paulo Rouanet. 6. ed. São Paulo: Loyola. 2003.

MENDES, Eugenio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. **A Organização da saúde no Nível Local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999a.

_____. **Sistema Único de Saúde: um processo social em construção**. Natal, MS-OPS-UFRN, EDUFRN, 1999b.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999c.

MENDES, Jussara Maria Rosa; et al. A exclusão social como uma das manifestações da questão social no contexto brasileiro. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; BULLA, Leonia Capaverde; PRATES, Jane Cruz. (orgs). **As Múltiplas Formas de Exclusão Social**. Porto Alegre: EdPUCRS, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, pp.117-148. In GALLO, Edmundo. **Razão e planejamento – reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana Teresa (orgs.). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994a.

_____. (org). **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1994b.

_____. O conceito de representações sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho. **Textos em representações sociais**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MORAES, Guilherme Braga Peña de. **Dos direitos fundamentais: contribuição para uma teoria**. São Paulo: LTR, 1997.

MOTA, Elizabete Ana. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. São Paulo: Cortez, 2000.

MULLER, Pierre. **Les politiques publiques**. Paris: PUF, 1990.

NOGUEIRA, Ricardo José Batista. Algumas questões sobre a Amazônia como “fronteira”. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo: AGB, n. 1, v.77, p. 39-55, abr. 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete. **Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais**. Florianópolis, 2000, digital.

_____. **Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (org.). **Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 81-94.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. **Concepções de doença**: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?. In *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 81-95.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade, etnicidade e nacionalidade no Mercosul. **Política Comparada** – Revista de Políticas Comparadas, Brasília, v. 1, nº 2, 1997, p. 9-20.

_____. Os (des) caminhos da identidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Fev. 2000, vol.15, no.42, p.07-21. ISSN 0102-6909.

PARETA, José Maria Marlet et alii. **Saúde da Comunidade**: Temas da Medicina Preventiva e Social. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1976.

PATARRA, Neide (coord). **Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo**. FNUAP, 1996.

_____. Deslocamentos Populacionais e Livre Circulação de Trabalhadores: o caso do Mercosul. **Relatório Final**. CNPq/NEPO-UNICAMP, 2000.

_____. **Migrações Internacionais e Integração Econômica no Cone Sul**: notas para discussão. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/Celade/proyectos/migracion/Patarra.doc>>. Acessado em jun 2005.

PEDROSO, Karina. Fronteira Mercosul. **Regulações e Normatizações na Área do Direito à Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Assistência social na Perspectiva dos Direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PINSKY, Jaime. **Cidadania e educação**. São Paulo: Contexto, 1998.

PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla B. (orgs.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

PORTO, Silvia Marta. Justiça social, equidade e necessidade de saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, IPEA, 1995. p.123-40.

RAFFESTIN, Claude. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1980.

RAWLS, Jonh. Justiça como Equidade: uma concepção política, não metafísica. Tradução de Regis de Castro Andrade do original publicado no **Philosophy and Public Affairs**. Vol.14,3,1985. 25: 25-59. São Paulo: Lua Nova, 1992.

REIS, Eduardo J. F. B. dos, SANTOS, Fausto P. dos, CAMPOS, Francisco Eduardo de; et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde**: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública, Jan./Mar. 1990, vol.6, no.1, p.50-61.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde**: Dialética do Pensar e do Fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

ROJAS, Rolando Armijo. **Epidemiologia**: epidemiologia básica. V. I. Buenos Aires: Intermédica, 1974.

SALES, Teresa. Migrações de fronteiras entre o Brasil e os países do Mercosul. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 13, n. 1. jan.-jun. 1996.

SANTA CATARINA. **Termo de Cooperação Técnica n. 17.431 de 22 de agosto de 2003**. Convênio Marco de Cooperação entre o Governo do Estado de Santa Catarina e a Província de Misiones – Argentina. Dionísio Cerqueira, 2003.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**. São Paulo: HUCITEC, 1978.

_____. **O Espaço e o Cidadão**. São Paulo: Nobel, 1996.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SAWAIA, Bader. Dimensão Ético Afetiva do Adoecer da Classe Trabalhadora. In: LANE, Silvia. **Novas Veredas em Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SCHÄFER, Neiva Otero. **Globalização e fronteira**. Práticas de integração nas fronteiras: temas para o Mercosul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, Instituto Goethe/ICBA, 1995.

SEN, Amartya. **On ethics and economics**. Oxford: Blackwell, 1987.

_____. **Sobre ética e economia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. **Desigualdade reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA JR, Aluísio. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. Hucitec, São Paulo, 1998.

SILVEIRA, Maria Lúcia. **Texto**: Trabalho de Campo. Curitiba: UFPR. 2000

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O direito à saúde nos textos constitucionais. In: Relatório de Pesquisa do Projeto **Direito à Saúde**: discurso, prática e

valor. Uma análise nos países do Mercosul. Florianópolis, 2002. (Departamento de Serviço Social).

SOUZA, Jessé. Multiculturalismo, racismo e democracia. In: **Multiculturalismo e Racismo uma Comparação Brasil e USA** - Brasília, Palelo 15, 1997. p. 23 a 35

SPOSATI, Aldaíza Oliveira de; et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 1985.

SPOSATI, Aldaíza Oliveira de. **Mapa da Exclusão/Inclusão Social da cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Estado, Poder e democratização da saúde**. Rio de Janeiro, 1988. mimeo.

_____. **Reforma Sanitária**: em busca de uma nova teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

THOMAS, Duncan; STRAUSS, John. Health, nutrition, and economic development. **Journal of Development Economics**, 53:251-286. 1997.

TORRES, Cristina. Le equidad em matéria de salud vista com enfoque étnico. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.10, n.3, p.188-201, 2001.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun. 1997.

_____, VIACAVA, Francisco Fernandes. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000a, vol.5, no.1, p.133-149.

_____; BUSS, Paulo M. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Out./Dec. 2000b, vol.16, no.4, p.890-891.

_____. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 20, suppl. 2, 2004.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. v. I. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1997.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Rev. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Saúde Pública**, Dec. 1990, vol.24, no.6, p.445-452.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Relatório Pesquisa: Direito à Saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do MERCOSUL**. 2002.

VIACAVA, Francisco. **Avaliação do Desempenho Sistema de Saúde no Brasil e os Sistemas de Informação**. Montreal, 14 – 18 de junho de 2005.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario. **Reforma em saúde no Brasil. Programa de Saúde da família. Informe Final**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166).

- VIEIRA, Listz. **Cidadania e Globalização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- VIEIRA, Oscar Vilhena. **A Constituição como reserva de justiça**. São Paulo: Lua Nova, n.42, p.53-97, 1997.
- VILLA, Tereza Cristina Scatena; et al. Saúde Internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 9 no.3. Ribeirão Preto, May, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid= S0104-11692001000300016&script= sci_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000300016&script=sci_arttext&tlng=en)> Acessadi em mai 2005.
- VITA, Álvaro de. **A tarefa prática da filosofia política em John Rawls**. São Paulo: Lua Nova, 1992.
- WALLACE, Steven P.; ENRIQUEZ-HAASS, Vilma. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estado Unidos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.10, n.1, p.18-28, 2001.
- WHO (World Health Organization). **Achieving Evidence-Based Health Sector Reforms in Sub-Sharan Africa**. Brackground Paper for an Inter-Country Meeting. Arusha: WHO, 1995.
- ZANELLI, José Carlos. **Um procedimento informatizado de entrevistas para identificação e análise de problemas organizacionais e sociais** (mimeo), 1992.

FONTES DE PESQUISA

- ABRASCO. **Boletim**. Ano XVIII - Janeiro/Março, 80. p. 2. Rio de Janeiro, 2001.
- _____. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **Anais...** Salvador, 2000.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia moderna**. Rio de Janeiro: APCE - ABRASCO, 1999.
- ANDRADE, Ilza Araújo L. de. **Políticas e poder: o discurso da participação**. São Paulo: C. C UFRN - Ad hominem, 1997.
- ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- ARGENTINA, Ministério da Salud. **Políticas Sociais**. Buenos Aires, 2002.
- _____. Ministério De Salud Y Ambiente De La Nacion. Organización Panamerica de la Salud. **Indicadores Básicos**. Argentina, 2005.
- ARTMANN, Elizabeth; AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. **Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: Análise Comparada de Duas Experiências**. Rio de Janeiro: Mimeo, 1997.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

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

BARRETO, Mauricio L. **Os determinantes das condições de saúde das populações: qual o papel do sistema de saúde?.** *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol. 20. suppl. 2, p.160-161. ISSN 0102-311X.

BARROS, Elisabeth. **Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 1(1):5-17. São Paulo, 1996.

BATTINI, Odária. O Processo de Reestruturação dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente. In: **A Criança e o Adolescente em questão.** Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 1994.

BECKER, Bertha K. Redefinindo a Amazônia: o vetor tecno-ecológico. In: CASTRO, Iná Elias de. et al (Orgs). **Brasil: questões atuais da reorganização do território.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. p. 223-44.

BERLINGER, Giovanni. **Medicina e política.** São Paulo: Hucitec, 1978.

_____. **Reforma sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1989.

BIRMAN, Joel. Apresentação: interpretação e representação na saúde coletiva. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva** 1(2):7-22. 1991.

BLACK, David; MITTELMARK, Maurice. **Equidad en salud. La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud.** I.U.H.P.E. - International Union for Health Promotion and Education. Washington, Madrid, Ministerio de Sanidad - Rumagraf, 2001.

BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Social), 2000. *Informe*, nº 19.

BOBBIO, Norberto. **O conceito de sociedade civil.** Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____.; MATTEUCCI, Nicolla.; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política.** Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

_____. **Igualdade e Liberdade.** 5. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

BÓGUS, Lucia Maria Machado. Globalização e migração Internacional: o que há de novo nesses processos. In: DOWBOR, Ladislau; IANNI, Octavio; RESENDE, Paulo (orgs). **Desafios da Globalização.** Rio de Janeiro: Vozes, 1997. p. 165-174.

_____.; BASSANEZI, Maria Sílvia. Brasileiros (as) na Itália: Nuovi cittadini ou extracomunitari?. In: **Migrações internacionais**: contribuições para políticas. Brasília, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 2001.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. Rio de Janeiro: FGV, 1967.

BORBA, Julian. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. In: **Revista Katálysis**. Florianópolis: UFSC, n.3, p. 19-27, nov.1998.

BRAGA, José Carlos. A financeirização da Riqueza: A Macroestrutura Financeira e a Nova Dinâmica dos Capitalismos Centrais. In: **Economia e Sociedade**. Campinas: Universidade Federal de Campinas. Instituto de Economia. n.1, ago/1992.

_____. Economia e fetiche da globalização capitalista. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 09 de ago. 1998.

_____. **A Globalização Capitalista Desmistificada**. Versão atualizada que foi publicada nos *Indicadores IESP* n.62, set/out,1997. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/indexie.html>>. Acesso em janeiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no SUS**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. GED. **Municipalização das Ações de Saúde**. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Documento preliminar, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária** - Seminário do CONASS para construção de consensos. Brasília, 2004a.

BRASIL. Sistema de Informação em Saúde do Mercosul. Disponível em <www.mercosulsaude.org>. Acessado em: jun., 2004b.

BRASIL. **Consenso de Buenos Aires**. Disponível em <www.mercosul.gov.br>. Acessado em dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Programas e ações**. Disponível em: <www.integracao.gov.br>. Acessado em abr. 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social**: as práticas profissionais e as lutas no setor. Tese (Doutorado em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996.

_____. (org). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2004.

BUARQUE, Cristovam. **A Desordem do Progresso: O Fim da Era dos Economistas e a Construção do Futuro.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

BURSZTYN, Marcel. (org.). **Para Pensar o Desenvolvimento Sustentável.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, José Murilo. **Desarrollo de la ciudadanía en Brasil.** México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

CASTEL, Robert. As Armadilhas da Exclusão. In: **Desigualdade e a Questão Social.** São Paulo: Educ, 1997a. p. 15-48.

_____. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. **Cadernos CRH.** nº 26 e 27, p. 19-40, 1997b.

CELADE (Centro Latinoamericano e Caribeño de Demografía). Migración Internacional en América Latina, IMILA. *Boletín Demográfico*, CELADE, Santiago de Chile, ano XXXIII, 65, 2000.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). **Transformación Productiva con Equidad La Tarea Prioritaria del Desarrollo de América Latina y el Caribe en los Años Noventa.** Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL, 1990.

_____. **Equidad, Desarrollo y Ciudadanía.** Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL, 2000.

_____. **Panorama Social de América Latina y Caribe, 2000-2001.** Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL, 2001

COELHO, Martha C. da Costa. Sobre o conceito de cidadania: uma crítica a Marshall, uma atitude antropofágica. **Revista Tempo Brasileiro**, n.100, jan-mar, 1990.

COHEN, Ernesto. **Avaliação de Projetos Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1993.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1999a.

_____. **A Saúde Como Direito e Como Serviço.** São Paulo: Cortez, 1999b.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Rev Ciência & Saúde.** v 6 nº 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

COSTA FERREIRA, Leila da; VIOLA, Eduardo. (orgs.). **Incertezas de sustentabilidade.** Campinas: UNICAMP, 2000.

COSTA, Maria Cristina Castilho. **Democracia**: o que todo mundo precisa saber. 3. ed. São Paulo: Graal, 1989.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que são direitos da pessoa**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

DALLARI, Soeli Gandolfi. **Brasil**: o doente mental rumo à cidadania. São Paulo: CEPEDISA, mimeo, s.d.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.

_____. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

DOBB, Maurice. **A evolução do capitalismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

DOWBOR, Ladislau. Globalização e tendências Institucionais. In: DOWBOR, Ladislau; IANNI, Octavio; RESENDE, Paulo (orgs). **Desafios da Globalização**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. p. 9-16.

DWORKIN, Ronald. **Los derechos en serio**. Traducción de Marta Guastavino. 2. ed. Barcelona: Ariel Derecho, 1989.

ENGELS, Friedrich; MARX, Karl; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Manifesto do partido comunista**. Petrópolis: Vozes, 1988.

ESCODA/LIMA, Maria do Socorro Quirino Silva. Para a Crítica da Transição Nutricional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, SciELO, IILACS, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

FERREIRA, Aurélio B. Holanda. Dicionário da Língua Portuguesa. **Folha de São Paulo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FIGUEIREDO, Marcos Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. **Avaliação política e avaliação de políticas**: um quadro de referência teórica, In: Textos IDESC, n. 15, São Paulo, 1986, mimeo.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. A saúde pública no século XX. **Revista Saúde Pública**, 34, 3: 211-213. 2000.

GILL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise, pp.177-198. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

GOLDMAN, Ema. **O indivíduo, a sociedade e o Estado**. São Paulo: Imaginário, 1998.

GÓMEZ, José Maria. Globalização da política. In: GENTIL, Pablo. **Globalização excludente: desigualdade, exclusão e democracia na nova ordem global**. Petrópolis: Vozes. 1999.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. (Tradução de Carlos Nelson Coutinho). 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1995.

GREIDER, William. **O mundo na corda bamba: como entender o crash global**. São Paulo: Campanha das Letras, 1997.

GRUPPELLI, Jaqueline. **O Direito de ir e vir no Mercosul**. 2003. Resumo Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2003. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/direito/revista/vol5/07.doc>>. Acesso em mai. 2005.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler, vol. II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HAM, Christopher. **Health Care Reform: Learning from International Experiences**. Buckingham: Open University Press, 1997.

HARVEY, David. **A Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

HASENBALG, Carlos. O contexto das desigualdades raciais. In SOUZA, Jessé (org.), **Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil-Estados Unidos**, Brasília: Paralelo 15, 1997.

HELLER, Agnes. Uma crise global da civilização os desafios futuros. In: HELLER Agnes [et al.]. **A crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERZLICH, Caudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva** 1(2): 23-36, 1991.

HOROWITZ, A.; Seminário Internacional. **Saúde bucal para todos**. ABOPREV, 8-9. [s/l]. 1994.

IANNI, Octávio. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

_____. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

_____. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

JACOBINA, Ronaldo R. Globalização e impacto na saúde. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 50, 1998, Salvador, **Anais...** Salvador: ABEN-BA, 1999. p. 349-366.

KINGDON, John W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. United States of America: Addison-Wesley Longman, 1995.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. **Reflexão sobre a sociedade brasileira**: o processo de descentralização como reordenamento político institucional e os Conselhos Municipais. In: *Conselhos Municipais e Poder Local*. Pelotas: Educat, 1998.

LALONDE, Marc. El concepto de "campo de la salud": uma perspectiva canadiense. In: **Promoción de la salud**: uma antologia (OPS, org.), pp. 3-5, Washington, D.C. 1996.

LAURELL, Asa Cristina. **A Globalização e as Políticas de Saúde**. Tema/Radis, 15. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

LEAVELL. Hugh E. CLARK. E. Gurney; Medicina Preventiva. 1976. In: BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5, 1: 163-177, 2000. 1976.

LOW, Wendy; TAN, Sharleen; SCHWARTZ, Stephanie. The effect of severe caries on the quality of life in young children. **Pediatric Dentistry**, 21, 6: 325-326, 1999.

LUZ, Madel Terezinha. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACEDO, Isa Maria Hetzel. **Regulação democrática do SUS**: uma utopia a perseguir. Natal, UFRN. (mimeo), 2001

MALLOY, James. Statecraft, social policy, and governance in Latin America. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, 6: 220-274, 1993.

MARMORA, Lelio. Migraciones Internacionales con Fines de Empleo. **Documento de trabajo**: La Amnistia Migratoria de 1974 en Argentina. OIT, 1983.

_____; CALCAGNO, A. Eric. Migracion internacional y desarrollo sostenible y compartido. **Taller de Migración Internacional y Desarrollo Humano Sostenible**. Buenos Aires. Argentina. 8-10 de nov, 1993.

_____; CASSARINO, Maria. La Variable Migratoria en el mercosur, **Revista de la OIM sobre Migraciones internacionales en America Latina**, vol.17, no. 1, 1999.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997a.

_____. **Fronteira**: a degradação do outro nos confins do humano. Altos Estudos Amazônicos. São Paulo: Hucitec, 1997b.

_____. Novos rumos da política regional: por um desenvolvimento sustentável da fronteira amazônica. In: BECKER, Bertha K.; MIRANDA, Mariana. **A geografia política do desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997c. p. 421-44.

_____. Reflexão crítica sobre o tema da "exclusão social. *In A Sociedade vista do abismo*: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 25-47.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

MELO, Marcos André; COSTA, Nilson do Rosário. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 11. Brasília: IPEA. junho/dezembro de 1994.

_____. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação das Políticas Sociais: Uma Questão em Debate** São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidades Católica de São Paulo, 1998.

MELO, Rico. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1999.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1 Série Textos, 1992.

MENDES, Eugenio Vilaça (org.). **Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O verso e anverso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2000.

MOONEY, Gavin; JAN, Stephen. Vertical equity: Weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*, 39:79-87, 1997.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais – teoria geral**. Coleção geral de temas jurídicos. São Paulo: Atlas, 1987. p. 19-58.

MORAES, Carmem Sylvia Vidigal. Política e formação profissional no Brasil e em alguns países europeus. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO TRABALHO, 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABET, 1997. v. 1.

MÜLLER, Geraldo. Agricultura Brasileira no Futuro do Mercosul. **São Paulo em Perspectiva**. v. 9, n. 1, jan.-mar. 1995.

NAJAR, Alberto Lopes et al. **A Saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1986.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e terra, 1998.

NORONHA, Kenia Valeria; VIEGAS, Mônica. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, nº 32 (Especial): 877-897, 2002.

OFFE, Claus. **Trabalho & Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro do Sociedade do Trabalho**, v. II. Perspectivas. Rio de Janeiro: Tempo Universitária, 1991.

OLIVEIRA, Francisco de. **A economia brasileira: crítica à razão dualista**. Rio de Janeiro, Vozes, 1987a.

_____. **O elo perdido: classe e identidade de classe.** São Paulo: Brasiliense, 1987b.

_____. **Folha de São Paulo.** 14 de junho de 2003. On line.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud). **Ciências Sociais em Saúde na America Latina: tendências e perspectivas.** Brasília, OPS, 1990.

OPPENHEIM, Felix. Igualdade. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicolla.; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política.** v. 2, pp. 597-605, 5.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1993.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)/CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). **Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y Caribe.** Serie Documentos Reproducidos 41. Washington, DC: OPS, 1994.

_____. **Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafios para la Década de los Noventa.** Washington, DC: OPS/Organización Mundial de la Salud, 1995.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO-OIT. **En busca de un compromiso equitativo para los trabajadores migrantes en la economía globalizada.** Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2004. Conferencia Internacional del Trabajo, 92ª. Reunión, Informe VI. Disponível em: <<http://www.ilo.org>>.

ORTIZ, Renato. **Cultura e modernidade.** São Paulo: Brasiliense, 1992.

_____. **Mundialização e cultura.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. Mundialização, Cultura e Política. In: DOWBOR, Ladislau; IANNI, Octavio; RESENDE, Paulo (orgs). **Desafios da Globalização.** Rio de Janeiro: Vozes, 1997. p. 60-69.

_____. **Um outro território. Ensaios sobre a mundialização.** São Paulo: Olho D'água, [s.d].

PAIXÃO, Marcelo. **Folha de São Paulo.** 18 de agosto de 2003. On line.

PARODI, Jorge. Tres aproximaciones al análisis de la política social. **Simposio sobre Trabajo Social.** P.14-24. Ecuador, 1978.

PATARRA, Neide (Coord.). **Migrações Internacionais: Herança XX, Agenda XXI.** São Paulo: FNUAP, 1996a.

_____; BAENINGER, Rosana. **Migrações internacionais recentes: o caso do Brasil.** In: PATARRA, Neide (Coord.), op. cit, 1996b.

_____; BAENINGER, Rosana; BOGUS, Lúcia; e JANNUZZI. (Org) **Migração, Condições de Vida e Dinâmica Urbana.** São Paulo 1980-1993. Campinas: UNICAMP/IE, 1997.

PEREIRA, João. Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In: PIOLA, Sérgio. VIANNA, Solom Magalhães (org.). **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995. p. 141-166.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Centralização e exclusão social: duplo entrave à política de assistência social. In: **Ser social Revista semestral do Programa de Pós-Graduação em Política Social**. Brasília: Ser/UNB. 1998. p. 119–133.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento humano 2001. Disponível em: <<http://www.undp.org.br/HDR/HDR2001/>>. Acesso em: outubro 2004.

PRZEWORSKI, Adam. O Estado e o cidadão. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. ed. **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo, Editora UNESP/Brasília, ENAP, 1999. p.323-59.

QUIRINO, Célia Galvão; MONTES, Maria de Lourdes. **Constituições brasileiras e cidadania**. São Paulo: Ática, 1987.

RAICHELIS, Raquel. 10 anos depois da Constituição Cidadã. **Inscrita**. São Paulo, n. 3, p. 19-21, maio, 1998a.

_____. **Esfera pública e conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998b.

ROCHA, Paulo de Medeiros. **No limiar do século XXI: globalização e saúde - desafio da proteção social no Brasil dos anos 90**. Dissertação de doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual de Rio de Janeiro, 1997.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social Ensaio sobre a História da Assistência Médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Unesp/Editora Hucitec/ABRASCO, 1994.

ROSENFELD, Denis. **Lições de filosofia política**. Porto Alegre: L&PM, 1996.

RUSSEL, Roberto. Los ejes estructurales de la política exterior argentina. **América Latina/Internacional**, 2(1), Flacso/Buenos Aires, otoño-invierno, 1994.

SÁBATO, Hilda. **Ciudadania en la historiografía política argentina**. In: Anos 90: Porto Alegre. v. 1, n.1, maio 1993. p. 85-102.

_____. **La política en las calles: entre el voto y la movilización Buenos Aires, 1862-1880**. Buenos Aires, 1998.

SALAMA, Pierre. **Estado e capital: o estado capitalista como abstração real**. Estudos CEBRAP: 119-187, São Paulo, 1980.

SALES, Teresa. **O trabalhador brasileiro no contexto das novas migrações internacionais**. In: PATARRA, Neide L. (coord.), op. cit, 1995.

_____. **Segunda Geração de emigrantes brasileiros nos EUA: Migrações Internacionais - contribuições para políticas**. Páginas: 361-374 1a. Brasília: CNPD, 2001.

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989**. Disponível em <www.sc.gov.br/governo/paginas/constituicao>. Acessado em: 24 de fev. 2004a.

_____. **Carta de Posadas entre o Governo de Santa Catarina e a província de Misiones de 14 de abril de 2004**. Posadas, 2004b.

_____. Governo do Estado de Santa Catarina. **Plano de governo**. Disponível em: <www.sc.gov.br/governo/paginas/planodegoverno00.htm>. Acessado em: 10 de nov., 2004c.

SANTIN, Silvino. **Globalização, processo de viver humano e ser saudável**. Ciências da Saúde. V16, n.1/2, 1997.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo: HUCITEC, 1994. (Col. Geografia: Teoria e Realidade, 25).

_____. **A Natureza do Espaço –Técnica e Tempo – Razão e Emoção**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

SANTOS, Wanderley Guilherme. A trágica condição da política social. In: ABRANCHES, Sérgio Henrique; et al (org.). **Política Social e Combate à Pobreza**. pp. 33-64. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SCHNEIDER, Ben; HEREDIA, Blanca (Eds). **Reinventing Leviathan: the politics of administrative reform in developing countries**. Miami: North-South Center Press, University of Miami, 2003.

SEN, Amartya. Equality of what? p. 34-48. In S McMurrin (org.). **Tanner lectures on human values**. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

_____. Well-being, agency and freedom. **Journal of Philosophy**. 82(4):169-221, 1985a.

_____. **Commodities and capabilities**. Amsterdã: North Holland, 1985b.

_____. **Comportamento econômico e sentimentos morais**. São Paulo: Lua Nova 25(1):103-130, 1992.

_____. Capacidad y bienestar, pp 54-83. In: NUSSBAUM, Marta; SEN, Amartya (orgs.). **La calidad de vida**. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

_____. ¿Por qué la equidade en salud? **Pan American Journal of Public Health** 11(5-6): 302-309. 2002.

SETTEMBRINI, Domenico. Reformismo. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicolla.; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. v. 2, p. 1077-1080, 5. ed. Brasília: Universidade de Brasília. 1993.

SILVA, Dacier Barros; ESCODA LIMA, Maria do Socorro Q. O pensamento neoliberal In: **Saúde, Sociedade e Governo**. II Conferencia Estadual de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Natal, 1992.

SILVA, Eduardo. **As queixas do povo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SILVA, Ivone M. F. da. **Conselhos de Saúde: Construindo uma nova linguagem**. Cuiabá: EdUFMT, 1998.

SINGER, Paul; OLIVEIRA, Elizabeth. M. de. **Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

SOJO, Ana. Reformas de gestión en salud en América Latina. **Revista de la Cepal**, 2001.

SPOSATI, Aldaísa Oliveira de. **Políticas Sociais Brasileiras, uma questão de análise**. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. **Carta Tema: Assistência Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. **Os Direitos (dos desassistidos) Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

SUS – **Sistema Único de Saúde Legislação Básica**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2001.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **Epidemia e Cultura. AIDS e o Mundo Securitário**. Tese Mestrado. Fac. Med. USP, SP. 208 p. 1993.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Participação popular: uma prioridade a ser repensada**. In TEMA/RADIS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988a.

_____. **O dilema reformista na reforma Sanitária brasileira**. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1988b.

_____. **Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. Reforma sanitária: em busca de uma nova teoria**. Rio de Janeiro: ABRASCO. São Paulo: Cortez, 1999.

THIOLLENT, Michel. **Crítica metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. São Paulo: Polis, 1982.

TOMAZI, Zelma Torres. **Saúde e Estado Brasileiro**. São Paulo: Global, 1986.

TOURAINÉ, Alain. **O que é democracia?** 2. ed. Tradução Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1996.

TRINDADE, Aldema Menine; BEHARES, Luis Ernesto (orgs.). **Fronteiras, educação, integração**. Santa Maria: Pallotti, 1996.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

_____. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VIACAVA, Francisco; LEITE, Iúri da Costa; TRAVASSOS, Cláudia. **Editorial**. Ciênc. saúde coletiva, 2002, vol.7, no.4, p.604-606.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar.-abr. 1996.

VIANNA, Luis Werneck. Americanistas e Iberistas: a polêmica de Oliveira Vianna com Tavares Bastos. In: BASTOS, Elide Rugai; MORAES, João Carlos Quartim de. (Org.) **O Pensamento de Oliveira Vianna**. Campinas: UNICAMP, 1993. p.351-404.

VIANNA, Oliveira. **Instituições Políticas Brasileiras**. Fundamentos sociais do Estado. 2.ed. São Paulo: José Olympio, 1955.

VIEIRA, César. **Desigualdade e Saúde na América Latina**. Brasília: OPS, 1991.

VIEIRA, Listz. **Os Argonautas da cidadania**. Rio de Janeiro: Record. 2001.

VILLA, Miguel. **Una nota acerca de la información sobre migración internacional en Latinoamérica (IMILA)**. In: PATARRA, Neide (coord.), op. cit.,1996.

WALLERSTEIN, Immanuel. **El sistema mundial**. v. I e II. México: Siglo XXI editores, 1984.

WATERS, Malcolm. **Globalization**. London/New York: Routledge, 1995.

WESTEPHAL, Maria Faria; PELICIONE, Maria Cecília Focesi. **Contribuição da Educação e Saúde Para a Reforma Sanitária**. Saúde em Debate, 33, dez. 1991.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, 1992.

WHO (World Health Organization). **The Ottawa Charter for health promotion**. Health Promotion 1, III-v, Geneva: WHO, 1986.

_____. **The Adelaide Recommendations, healthy public policy**. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen:WHO, 1988.

_____. **Promoting, protecting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services**. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization, 1989.

_____. **To create supportive environments for health**. The Sundsvall Handbook, Geneva: WHO, 1991.

_____. **Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI**. Indonésia: WHO, 1997.

_____. **Evaluation health care: the health of nations**. Annual Technical Report, Washington, 2001.

SITES DE PESQUISA

DATASUS. Ministério da Saúde. *Site*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Site*. Disponível em: <<http://www.deis.gov.ar>>.

GLOBALIZAÇÃO e Mercosul. Disponível em: <http://www.tvcultura.com.br/aloescola/historia/cenasdoseculo/nacionais/mercosul.htm>. Acessado em 21 abr. 2006.

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE MISIONES. Sistema de Información y Monitoreo Social y Económico. *Site*. Disponível em: <<http://www.misiones.gov.ar/simose/>>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1960-2001. Censos Econômicos. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Site*. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/>>.

INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. Gobierno de la Provincia de Misiones. Argentina. *Site*. Disponível em: <<http://www.misiones.gov.ar/IPEC/index.htm>>.

MERCOSUL. *Site*. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/>>.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Gobierno de la Provincia de Misiones. Argentina. *Site*. Disponível em: <<http://www.misiones.gov.ar/salud>>.

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN. Argentina. *Site*. Disponível em: <<http://www.msal.gov.ar/htm/default.asp>>.

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DE SAO PAULO. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento. *Site*. Disponível em: <<http://www.planejamento.sp.gov.br/idhm/IdhmLER.asp>>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Brasil. *Site*. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/>>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. Santa Catarina. *Site*. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/>>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. Paraná. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>>.

ANEXOS

ANEXO A

Decreto Marco 1.269, de 1992, Argentina

Decreto N° 1269/92

Políticas Nacionales de Salud

Decreto N° 1.269. Julio 20 de 1992.

Visto el Expediente, N° 2020-5551/92-7 del registro del Ministerio de Salud y Acción Social,
y

Considerando:

que por las mencionadas actuaciones el aludido Ministerio propone las Políticas Nacionales de Salud;

que las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas propuestas se enmarcan en el contexto de la Política General del, Gobierno;

que resulta indispensable la integración de las acciones del área de salud, con los demás sectores sociales, a fin que contribuya eficazmente en el proceso global de desarrollo;

que es urgente reorganizar los sistemas de salud, teniendo como eje un adecuado desarrollo de sus niveles locales en base al principio de la descentralización, con el objeto particular de mejorar la eficiencia y calidad de la atención médica;

que las acciones de promoción y protección de la salud son prioritarias para controlar y disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir;

que es preciso el fortalecimiento institucional y de los procesos gerenciales a fin de encauzar con eficiencia las pertinentes acciones sanitarias;

que en virtud de lo antedicho resulta conveniente explicitar las políticas que orienten las líneas de acción instrumentales, para ser aplicadas en el ámbito de su competencia;

que la presente medida se adopta en uso de las facultades acordadas por el Artículo 86, inciso 19 de la Constitución Nacional;

por ello, el Presidente de la Nación Argentina, decreta:

Artículo 1° - Apruébanse las Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, que como Anexo I forman parte del presente decreto.

Art. 2° - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, y archívese. - MENEM - Julio César Araoz.

Anexo I

POLITICAS DE SALUD

1.POLITICA SUSTANTIVA.

Lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud para la población, con el fin de alcanzar la meta de SALUD PARA TODOS en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de EQUIDAD, SOLIDARIDAD, EFICACIA, EFICIENCIA Y CALIDAD, constituyéndose así en un elemento fortalecedor esencial para la democracia.

1.1. Políticas Instrumentales.

1.1.1. Promover la, visualización del papel de la salud en el proceso de desarrollo, teniendo en cuenta que es la resultante de múltiples factores sociales.

1.1.2. Coordinar con un enfoque sistémico las acciones del Sector Salud con las otras áreas y sectores sociales de gobierno, contribuyendo en forma protagónica a mantener y elevar el nivel de calidad de vida de la población.

1.1.3. Movilizar recursos,, financieros, humanos, tecnológicos y de infraestructura que se destinan actualmente al cuidado de la salud de la población, con el fin de alcanzar en el menor tiempo posible equidad en su utilización como una forma de contribuir a paliar la deuda social generada por la crisis económica.

1.1.4. Incorporar en forma inmediata recursos normativos organizativos, instrumentales, y de gestión adecuados a la realidad política, económica, social, cultural y sanitaria del medio que permitan mejorar a corto plazo los problemas existentes vinculados a la accesibilidad, eficiencia y calidad de los actuales servicios de salud.

1.1.5. Diseñar modelos alternativos de organización y administración de los Institutos Nacionales de investigación, Docencia y Producción, con el fin de mejorar el proceso técnico - administrativo de gestión; la eficiencia en la utilización de los recursos y el nivel de calidad institucional.

1.1.6. Estimular la activa participación de la población en la promoción, prevención y cuidado de la salud.

2. POLITICA SUSTANTIVA.

Mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible, y el menor costo económico y social.

2.1.Políticas Instrumentales.

2.1.1. Diseñar un sistema de atención médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia, y que ponga especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles.

2.1.2. Brindar asistencia técnica a sectores públicos y privados para el diseño de organización y funcionamiento de sistemas y recursos de salud, teniendo como eje la descentralización y el desarrollo adecuado de redes locales de complejidad creciente, con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios, la coordinación y complementación de los prestadores y la satisfacción de la demanda y de las necesidades.

2.1.3. Definir el rol de Hospital Público dentro del sistema de atención médica, con el fin de que cumpla las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación que le son propias.

2.1.4. Estimular mecanismos de incorporación de establecimientos asistenciales privados y de la seguridad social, a las redes locales del Sistema de Salud.

2.1.5. Promover, desarrollar y apoyar la estrategia de la atención primaria como componente fundamental de extensión de cobertura a toda población (urbana y rural) y de accesibilidad al sistema.

3. POLITICA SUSTANTIVA.

Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones bio - psico sociales consideradas potencialmente riesgosas.

3.1.Políticas Instrumentales.

3.1.1. Desarrollar campañas nacionales destinadas a controlar y/o erradicar enfermedades endémicas y epidémicas de gran repercusión social.

3.1.2. Desarrollar y promover programas prioritarios dirigidos al control de riesgo evitables y de protección de grupos vulnerables, tales como accidentes, salud de los trabajadores y ancianos, alimentación y nutrición, etc.

3.1.3. Desarrollar, promover y apoyar programas materno infantiles para madres gestantes y niños menores de cinco (5) años.

3.1.4. Estimular y/o desarrollar líneas de investigación y producción de vacunas y otros agentes biológicos destinados al prevenir y tratar patologías prevalentes.

3.1.5. Promover y desarrollar la investigación epidemiológica con el fin de conocer el estado de salud de la población las necesidades insatisfechas y la demanda oculta de atención médica.

3.1.6. Participar en coordinación con la SECRETARIA DE RECURSOS NATURALES Y AMBIENTE HUMANO en las tareas de conservación y mejoramiento del ambiente y en programas de saneamiento.

4. POLITICA SUSTANTIVA.

Redefinir y orientar el rol del Sector Salud del Estado Nacional, para que cumpla la función rectora y protagónica en el marco Político global para que pueda cumplir eficientemente las funciones que le compete, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización actuando concertada Y coordinadamente con los Estados Provinciales y con la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

4.1. Políticas instrumentales.

4.1.1. Adecuar la estructura de la "SECRETARIA DE SALUD para que permita desarrollar las líneas estratégicas de transformación que se Proponen, constituyéndose en un ente técnico capaz de liderar la salud en el desarrollo con equidad, impartir directivas de Políticas

nacionales; realizar las articulaciones intra y extrasectoriales; movilizar recursos nacionales e internacionales; implementar la planificación estratégica en normatización, en fiscalización y conducción superior, para garantizar una efectiva acción sanitaria en todo el ámbito nacional, poniendo énfasis en el desarrollo de las acciones de promoción y protección.

4.1.2. Desarrollar un sistema de información ágil, veraz, oportuno y confiable para el adecuado proceso de decisiones en salud, para la implementación de una planificación estratégica que brinde soluciones de fondo aptas, factibles, viables y prioritarias y para el monitoreo de la acción sanitaria que se realiza.

4.1.3. Adecuar el proceso de desarrollo de los recursos humanos a la realidad sanitaria nacional, regional, provincial y/o local, mediante la formación y capacitación, cuali cuantitativa de los distintos integrantes del equipo de salud que el país necesita para alcanzar los grandes objetivos sectoriales.

4.1.4. Optimizar el uso racional de los recursos financieros disponibles, federalizando los mismos con el fin de asegurar la agilidad y transparencia en el manejo de los fondos en beneficio directo de la población

4.1.5. Promover el desarrollo y utilización de tecnología apropiada al avance científico y técnico, a la calidad de la atención médica y a la realidad del medio con el fin de evitar la incorporación acrítica, el uso irracional, el costo social innecesario y la distorsión del gasto en atención médica.

4.1.6. Implementar mecanismos adecuados de autorización, registro, normatización, control epidemiológico y de vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos, con el fin de proteger la salud de la población.

4.1.7. Fomentar el desarrollo y administración del conocimiento científico técnico y la investigación como parte integrante del mismo.

4.1.8. Promover y desarrollar la investigación de servicios de salud con el objeto de conocer como se obtienen, organizan, administran y brindan los recursos sanitarios a la población.

4.1.9. Consolidar el respeto por un auténtico federalismo en el accionar sanitario, promoviendo la coordinación con las jurisdicciones, tanto a nivel del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, como en la elaboración de Programas Estratégicos y en la asistencia técnica y financiera a Programas Provinciales.

ANEXO B
Lei 8.080 e 8.142, de 1990



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO-LEI Nº 8.080, DE 11 DE OUTUBRO DE 1945.

Altera dispositivos do Título V da Consolidação das Leis do Trabalho, concernentes à Organização Sindical.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 180 da Constituição,

DECRETA:

Art 1º A alínea a do artigo 529, e parágrafo único do artigo 530 o parágrafo 3º do artigo 531, artigo 532 e respectivo parágrafo, e a alínea c do artigo 555, todos da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Alínea a do art. 529 – Ter o associado mais de seis meses de inscrição no quadro social e mais de dois anos de exercício de atividade ou da profissão;

"Parágrafo único do art. 530 – É vedada a reeleição, para o período imediato, de um terço dos membros da diretoria e do conselho fiscal das entidades sindicais.

"Parágrafo 3º do art. 531 – Concorrendo mais de uma chapa poderá o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio designar o presidente da sessão eleitoral, desde que o requeiram os associados que encabeçarem as respectivas chapas.

" Art. 532. As eleições para a renovação da diretoria e do conselho fiscal deverão ser procedidas dentro do prazo máximo de 60 dias e mínimo de 30 dias, antes do término do mandato dos dirigentes em exercício.

"§ 1º Não havendo protesto na ata da assembléia eleitoral ou recurso interposto por algum dos candidatos, dentro de 15 dias a contar da data das eleições, a posse da diretoria eleita independará, da aprovação das, eleições pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comercio.

"§ 2º Competirá, à diretoria em exercício, dentro de 30 dias da realização das eleições" e não tendo havido recurso, dar publicidade ao resultado do pleito, fazendo comunicação ao órgão local do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, da relação dos eleitos, com os dados pessoais de cada um e a designação da função que vai exercer.

"§ 3º Havendo protesto na ata da assembléia eleitoral ou recurso interposto dentro de 15 dias da realização das eleições, competirá a diretoria em exercício encaminhar, devidamente instruído, o processo eleitoral ao órgão local do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que o encaminhará para decisão do Ministro de Estado. Nesta hipótese, permanecerão na administração até despacho final do processo a diretoria e o conselho fiscal que se encontrarem em exercício.

"§ 4º Não se verificando as hipóteses previstas no parágrafo anterior, a posse da nova diretoria deverá se verificar dentro de 30 dias subsequentes ao término do mandato da anterior.

"Alínea c do art. 555 – que criar obstáculos à execução da política econômica adotada pelo Govêrno".

Art 2º O presente Decreto-lei entrará em vigor na data da sua publicação, aplicando-se às eleições sindicais já convocadas.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1945, 124º da Independência e 57º da República.

GETÚLIO VARGAS.

Alexandre Marcondes Filho.

Publicado na Coleção de Leis do Brasil CLBR 1945 V. 7 P. 38 COL 1

ANEXO C

Roteiro semi-estruturado para realização das entrevistas

ROTEIRO DE PESQUISA

✓ **Perfil dos entrevistados:**

1. Representação (Profissional de saúde, gestores);
2. Profissão; (Todos)
3. Idade; (Todos)
4. Escolaridade; (Todos).

✓ **O Direito a Saúde:**

1. O que entende por Direito a Saúde? (Todos)
2. No seu âmbito de atuação/ inserção como se dá o acesso à saúde? (Todos);

✓ **Dimensões Políticas:**

1. O que entende por Política Pública de Saúde? (Todos);
2. A que está associado o desenvolvimento de Políticas Públicas? (Profissionais e Gestores);
3. Quais são os principais investimentos voltados para a redução das desigualdades sociais existentes no seu município/região? (Profissionais e Gestores);

✓ **Dimensões Estruturais:**

1. Quais as principais demandas atendidas no local/município? (Profissionais e Gestor);
2. Para onde são encaminhadas as demandas não atendidas no local/município? (Profissionais e Gestor);
3. Existe a estruturação de redes de referência especializadas entre os municípios fronteiriços?
4. Como acontece a identificação dos municípios de referência, a organização do fluxo e a garantia do acesso à população aos serviços de atendimento? (Profissionais e Gestor);

✓ **Dimensões Sociais:**

1. Como se estabelece a comunicação entre a comunidade e a Unidade de Saúde? (Todos);
2. Como acontece o acesso da população usuária aos serviços/atendimentos no local/município? (Todos)
3. Quais os principais critérios observados para o atendimento da população usuária?

✓ **Dimensão político-administrativa:**

1. Existe a oferta de um conjunto mínimo de serviços de atenção primária e média complexidade em seu município e região? (Gestores);
2. A partir da criação do Mercosul (1991) houve modificações na oferta de cuidados a saúde? (preventivos/curativos, públicos/privados)? (Gestores);
3. A partir da criação do Mercosul (1991) modificaram-se os mecanismos e a estrutura de financiamento das ações e serviços em saúde? (Gestores);
4. Quais os aspectos que precisam ser trabalhados para melhorar a assistência à saúde em municípios fronteiriços, garantindo o acesso de todos os usuários? (Todos)
5. Quais as principais dificuldades e facilidades percebidas no seu local de trabalho? Por quê? (Profissionais e Gestor).

✓ **Avaliação**

1. Como é realizada a avaliação quanto ao desempenho nos indicadores e a capacidade de assumir responsabilidades que garantam a universalização do acesso e a integralidade da atenção aos usuários além fronteiras? (Gestor, Profissionais);
2. Como são identificados os principais problemas e definidas as prioridades em saúde no âmbito municipal? (Gestores e Profissionais);

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Estudo intitulado: O Direito à Saúde no Brasil e na Argentina: uma possibilidade da universalização e da acessibilidade no âmbito do MERCOSUL tem como objetivo geral, analisar como se expressa o acesso à saúde em municípios fronteiriços em nível nacional e internacional a fim de fornecer subsídios para uma análise mais ampla do direito à saúde no âmbito do MERCOSUL, através da construção de uma tese de doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS.

Por este motivo estamos repassando-lhe informações, visando a sua participação voluntária em entrevistas que seguirão um roteiro de perguntas relacionadas ao estudo em questão. Informamos que em qualquer etapa de nosso estudo, terá acesso a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas sobre a mesma. A responsável principal pela pesquisa é Sirlei Fávero Cetolin que pode ser encontrada no endereço: Rua Columbia, 330 – São Miguel do Oeste (SC), Brasil - telefone (49) 3621. 0848 – E-mail: sirlei@zipway.com.br. Salientamos que por tratar-se de pesquisa que envolve informações oficiais dos municípios, estados e países, os resultados poderão ser divulgados/publicados, porém não utilizando-nos das informações em prejuízo de pessoas e/ou comunidade, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro; Será preservado o seu direito em ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora. Outrossim, asseguramos-lhe o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza;

Anexo está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em duas vias) para ser assinado, caso não tenha ficado qualquer dúvida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo: **Direito à Saúde no Brasil e na Argentina: Um ideário ou uma possibilidade da universalização e da acessibilidade no âmbito do Mercosul.** Eu discuti com o (a) Sr(a). _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos e os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

Data ____/____/____

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Data ____/____/____