



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DANIELA CASTAMANN

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS
BRASILEIROS LIMÍTROFES DE FRONTEIRA COM OS
PAÍSES DO MERCOSUL**

Londrina
2006

DANIELA CASTAMANN

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS
BRASILEIROS LIMÍTROFES DE FRONTEIRA COM OS
PAÍSES DO MERCOSUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social – área de concentração Política Social.

Orientadora – Dra. Maria Ângela Silveira Paulilo.
Co-orientadora – Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Londrina
2006

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C346a Castamann, Daniela.

Acesso aos serviços de saúde em municípios brasileiros limítrofes de fronteiras com os países do MERCOSUL/ Daniela Castamann. – Londrina, 2006.
182f. : il.

Orientador: Maria Ângela Silveira Paulilo.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2006.
Inclui bibliografia.

1. Mercosul – Teses. 2. Fronteira – Teses. 3. Direito à saúde – Teses. 4. Acesso aos serviços de saúde – Teses. I. Paulilo, Maria Ângela. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 614(81)

DANIELA CASTAMANN

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS
LIMÍTROFES DE FRONTEIRA COM OS PAÍSES DO MERCOSUL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

Mestre em Serviço Social

E aprovada em sua versão final em 19 de dezembro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, Área de Concentração: Política Social.

Professora Dra. Maria Ângela Silveira Paulilo
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Maria Ângela Silveira Paulilo
Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social – UEL
- Presidente –

Professora Dra. Márcia Pastor
Departamento de Serviço Social – UEL
- Membro -

Professora Dra. Maria Lúcia Frizon Rizzotto
Colegiado de Enfermagem – UNIOESTE
- Membro -

Londrina - PR
2006

*Àqueles que sempre acreditaram
em mim e sempre fizeram parte de
minha vida, mãe e pai minha
eterna gratidão.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da Vida e por permitir participar dela.

À professora e orientadora Dra. Maria Ângela Silveira Paulilo por toda a compreensão e paciência nesse período e pela grande contribuição neste processo decisivo. Muito obrigada!

À professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, pelo convite para eu participar do Projeto Fronteira Mercosul e pelas contribuições neste trabalho;

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social – Mestrado, pelos conhecimentos repassados;

Aos colegas do mestrado pelos momentos de convívio, de amizade, discussões. Quero fazer um agradecimento especial a alguns que tornaram minha vida em Londrina mais feliz:

À Edsônia e a sua família, pelos bons momentos compartilhados, pelas caronas; à Sandra Cordeiro, pelo seu crédito comigo, a qual além de colega tornou-se minha primeira chefe de trabalho; à Cristina Coelho, por ser esta linda pessoa, obrigada pelos incentivos, pelas caronas e por ouvir meus lamentos e dificuldades no início da minha estada em Londrina; a Eliane Avancini e a Cleonilda pelas histórias compartilhadas nos dias das aulas, os quais tornavam-se os melhores, pelos encontros e companhia, tínhamos uma certa afinidade por não sermos de Londrina, e estarmos longe dos familiares; e não poderia de deixar de agradecer a Imairô Salete Dalla Costa, minha amiga, companheira de todas as horas, com quem compartilhava minhas alegrias e tristezas, muitas vezes meu refúgio emocional. Fica na lembrança as discussões de estudo, passeios, almoços, os cafés de final de tarde, o chimarrão, pois as festas, foram tão poucas;

Aos colegas de mestrado que conheci das turmas anteriores Teone, Catarina, Sandra Bianconi, Marcelle Diório, Adriana Santos pela solidariedade e carinho;

À minha amiga e companheira desde a graduação na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Keli Regina Dal Prá. Neste período ficou a saudade da nossa amizade pela falta do convívio, porém por vezes, suprimida pelos encontros científicos e nossa grande viagem na fronteira. Teremos sempre muitas histórias para lembrar da nossa aventura nas viagens aos municípios de fronteira. Foi um trabalho árduo, mas também muito rico e proveitoso.

Quero fazer também um agradecimento a todos os sujeitos entrevistados, por compartilharem conosco de seus conhecimentos. Entretanto também não poderia deixar de agradecer aquelas pessoas que em cada cidade fronteiriça, foram tão gentis e solidárias, pelas simples informações, as quais tornavam-se importantíssimas para a nossa caminhada de coleta dos dados.

Dentre tantas pessoas que conheci em Londrina, uma delas tornou-se muito especial, meu namorado Marcelo Vargas Querino obrigada pela companhia, pelo carinho, paciência, força;

Ao CNPq agência financiadora do projeto, e a CAPES pela concessão de um ano com bolsa de estudo contribuindo para minha formação, a qual foi imprescindível para eu poder fazer parte desta pesquisa.

Entretanto, não poderia deixar de agradecer aqueles que mesmo distantes geograficamente, estão sempre presentes no meu coração: os meus pais Ampélio e Maria e as minhas irmãs Márcia, Laura, Claudia, Paula. A vocês meu muito obrigada pelo apoio, carinho e paciência, pois sei que por vezes gerei tristezas e preocupações. Bem sem vocês não estaria finalizando mais uma etapa da minha formação profissional.

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de uma longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação de conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais (DUARTE, 2002, p. 140).

CASTAMANN, Daniela. **Acesso aos serviços de saúde em municípios brasileiros limítrofes de fronteira com os países do MERCOSUL**. 2006. 182 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

RESUMO

Este estudo analisa a procura pelos serviços de saúde nos municípios brasileiros localizados na região de fronteira, por estrangeiros oriundos de países signatários do MERCOSUL. Seus objetivos são: identificar a existência do acesso aos serviços de saúde pelos estrangeiros, buscando identificar como ocorre o acesso; as estratégias utilizadas pelos estrangeiros para obtê-lo; como os municípios brasileiros respondem a estas demandas; a existência ou não de acordos estabelecidos para a efetivação do acesso e, por último, percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o direito à saúde no âmbito transfronteiriço. Os caminhos metodológicos utilizados foram a pesquisa documental, a partir de um resgate dos instrumentos legais como leis, portarias, acordos, atas de reuniões, entre outros e a pesquisa de campo, tendo como instrumentos o diário de campo e a entrevista semi-estruturada com gestores municipais de saúde e profissionais que trabalham na área gerencial e/ou técnicos dos serviços de saúde. Foram pesquisados ao todo dezesseis municípios brasileiros localizados na faixa de fronteira, sendo nove destes considerados municípios limítrofes de fronteira. Entre os principais resultados da pesquisa destacam-se: a deficiência de instrumentos legais específicos para corresponder a esta demanda; o menor e maior fluxo de acesso entre os municípios depende da oferta dos serviços, das possibilidades ou limitações colocadas por estes municípios e de sua localização geográfica; a utilização de estratégias, tais como, omissão de endereço; deixar o estado de saúde se agravar para o atendimento de emergência; alugar imóveis no território brasileiro ou passar a residir por tempo indeterminado no Brasil, em residências de amigos e familiares. A maior procura é direcionada para a atenção básica e para urgência e emergência. A principal dificuldade com relação a este atendimento é a impossibilidade de referenciar para serviços de assistência em saúde de maior nível de complexidade. Esta referência somente ocorre por meio dos contatos informais, sendo estes casos isolados, não havendo pactuações ou protocolos de referência e contra-referência. Um dos problemas resultantes desta demanda repercute na questão orçamentária e na disponibilidade de profissionais da área para atender esta demanda extra, a qual não consegue nem atender toda a demanda brasileira. Sendo assim o direito à saúde aos estrangeiros é concebido especialmente como universal por uma questão de solidariedade, da garantia do direito à vida; do direito parcial apenas para alguns procedimentos em saúde os quais pode colocar em risco a vida de outras pessoas e a negação do direito de ser usuário do sistema público de saúde brasileiro.

Palavras-chave: MERCOSUL. Fronteira. Direito à saúde. Acesso aos serviços de saúde.

CASTAMANN, Daniela. **Access to health services in brazilian towns bordering countries of MERCOSUL**. 2006. 182 f. Dissertation (Master's Degree in Social Service and Social Politics) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

ABSTRACT

This study analyzes health services offered to non-Brazilian citizens from countries that belong to MERCOSUL that live in towns near the Brazilian border line. The goals are to: identify the existence of health services available to non-citizens, try to find out how this service happens, find out how these non-citizens go about on obtaining this service, discover how Brazilian towns respond to this demand, research the non-existence of agreements between countries to regulate this practice and last, the views of health professionals, on who has the right to receive health services on border line towns. The methods used to obtain this data was: documentary research, from legal documents such as laws, agreements, outlines of meetings just to name a few, along with field research by using instruments such as a field research diary and interviews with health and managing professionals from the respective towns. Thirteen border line towns were researched. Among the most important discoveries were: the lack of legal ways respond to this demand, the minor or superior demand to this service depends the availability of health care in the towns, the non-existence of health services in the country of origin, the trouble free access available to these people our the restrictions created by the towns and their geographical area. If the access is restricted they use strategies like: omitting their address, letting their health deteriorate so it becomes an emergency, rent a property in Brazilian territory, live for a undetermined amount of time in the country, or stay in their friends or families homes that reside in Brazil. The biggest demand is for regular check ups or for urgencies or emergencies. The biggest difficulty that they face is the impossibility to receive health care that requires a bigger level of complex ability. This service is only made possible by informal contracts in isolated cases where there are no pacts or protocol concerning it. This creates many problems such as the repercussion concerning the budget and the health professionals available to service this extra demand, meanwhile the budget and the professionals available cant even deal with the demand of Brazilian citizens. Therefore the right to health care for non-citizens is considered universal, for solidarity reasons, for the right to life, for the partial right to some health procedures, for those that deny health care and puts the patients life at risk, e the denunciation of non-citizens rights to use the Brazilian public health care system.

Keywords: MERCOSUL. Border. Right to health. Access to health services.

CASTAMANN, Daniela. **Acceso a los servicios de salud en municipios brasileños limítrofes en la frontera con los países del MERCOSUR**. 2006. 187 f. Disertación (Maestría en Servicio Social y Política Social) – Universidad Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

RESUMEN

En este estudio se analiza la búsqueda de los servicios de salud por extranjeros oriundos de los países signatarios del MERCOSUR, en los municipios ubicados en la región de frontera. Tiene por objetivos: identificar la existencia del acceso de los extranjeros a los servicios de salud, y cómo ello ocurre; reconocer las extrategias utilizadas por los extranjeros para ser atendidos; constatar cómo responden los municipios brasileños a esas demandas; identificar la existencia, o no, de acuerdos establecidos para la efectivación del acceso y, por último, cuál es la percepción de los administradores y profesionales de la salud sobre el derecho a la salud en el ámbito transfronterizo. Los caminos metodológicos seguidos fueron: la investigación a través de documentos, desde el rescate de los instrumentos legales como leyes y otras disposiciones legales, acuerdos, actas de reunión, entre otros y el estudio de campo, teniendo como instrumento el diario del campo y la entrevista semiestructurada con gestores de salud municipales y profesionales que trabajan en la administración y/o técnicos de los servicios de salud. En total fueron estudiados 16 municipios brasileños ubicados en la región de frontera, siendo que nueve de éstos se consideran municipios limítrofes de frontera. Entre los principales resultados de la investigación se destacan: la deficiencia de instrumentos legales específicos para corresponder a esa demanda; el menor o mayor flujo de acceso o demandas de extranjeros que depende de la oferta de servicios en salud; la inexistencia de los servicios de salud en el país de origen; las posibilidades o limitaciones de acceso colocadas por los municipios; su ubicación geográfica; la utilización de estrategias tales como omisión de dirección, permitir que el estado de salud se agrave para obtener una atención de emergencia, alquilar inmueble en territorio brasileño, o fijar residencia por tiempo indeterminado en Brasil, en casas de amigos o familiares. Lo que más se busca es recibir atención básica y para urgencia y emergencia. La dificultad mayor con relación a esa forma de atendimento es la imposibilidad de dar referencia de servicios de asistencia de salud con un nivel de complejidad más alto. Esa referencia solamente ocurre por medio de los contactos informales, siendo ésos casos aislados, sin que haya pactos o protocolos de referencia y contrarreferencia. Uno de los problemas que resultan de esa demanda, repercute en el tema presupuestal y en la disponibilidad de profesionales del área para atender a esa demanda extra, los cuales no consiguen ni atender toda la demanda brasileña. Siendo así, el derecho a la salud para los extranjeros es concebida especialmente como universal por razones de solidaridad, por la garantía del derecho a la vida. Se reconoce apenas el derecho parcial para recibir algunos procedimientos en salud, aquéllos que pueden poner en riesgo de vida a otras personas, y la negación del derecho de los extranjeros a ser usuarios del sistema público de salud brasileño.

Palabras clave: MERCOSUR. Frontera. Derecho a la salud. Acceso a servicios de salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Concentração temática por tipo de interação fronteiriça entre os países do Mercosul	73
Quadro 2 – Distribuição dos Acordos Bilaterais entre Brasil e os Países Limítrofes signatários e associados do MERCOSUL.....	74
Quadro 3 – Possibilidades de Ampliação de Acordos Bilaterais	76
Quadro 4 – Operações de curto, médio e longo prazo.....	95
Quadro 5 – Etapas implantação SIS – Fronteiras.	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
AM	Amazonas
AP	Amapá
AR	Argentina
ATS	Avaliação das Tecnologias em Saúde
ALALC	Associação Latino-Americana de Livre Comércio
ALADI	Associação Latino-Americana de Integração
BR	Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEFF	Comissão Especial da Faixa de Fronteira
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMC	Conselho do Mercado Comum
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DIPE	Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GMC	Grupo Mercado Comum
GPAB	Gestão Plena da Atenção
GPBABA	Básica Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
INAMPS	Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social

IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LOS	Lei Orgânica de Assistência à Saúde
MC	Atenção de Média Complexidade
MC 2	Média Complexidade 2
MC 3	Média Complexidade 3
MC1	Mínimo de Média Complexidade
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pará
PAB	Programa de Atenção Básica
PABA	Programa de Atenção Básica Ampliada
PAFMFF	Programa de Auxílio Financeiro aos Municípios da Faixa de Fronteira Caixas de CAPs -Aposentadoria e Pensões
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
PY	Paraguai
RES	Resoluções
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SE	Secretaria-Executiva
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SGT N° 11	Subgrupo de Trabalho n° 11– Saúde

SGTs	Subgrupos de Trabalho
SIS - Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SIS - MERCOSUL	Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UY	Uruguai

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 FRONTEIRAS MERCOSUL: INTERAÇÃO OU FRAGMENTAÇÃO	29
1.1 DISCUTINDO OS CONCEITOS DE FRONTEIRA E LIMITE	31
1.2 DELIMITAÇÃO DE FRONTEIRA: ASPECTOS LEGAIS E GEOGRÁFICOS	43
2 MERCOSUL E O DIREITO À SAÚDE NOS ACORDOS E TRATADOS BILATERAIS E MULTILATERAIS	49
2.1 BREVE CONTEXTO DO MERCOSUL	49
2.2 ACORDOS BILATERAIS E MULTILATERAIS	52
2.2.1 Acordos Bilaterais e Multilaterais na Área da Fronteira com os Países Limítrofes do MERCOSUL.	72
2.3 ACORDOS DO SUBGRUPO DE TRABALHO Nº 11 – SAÚDE	79
2.4 A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRAS	82
2.5 CAMINHOS DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS	96
3 O ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL: A IMPORTÂNCIA DESTES CONCEITOS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE	103
3.1 CONCEITOS DE ACESSO	109
3.2 A ESTRUTURA DO SUS	117
3.3 HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO	124
4 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA	136
4.1 EXISTÊNCIA DA PROCURA DE ESTRANGEIROS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE	136
4.2 COMO SE PROCESSA O ACESSO À SAÚDE PELOS ESTRANGEIROS	140
4.3 MOTIVOS QUE LEVAM OS ESTRANGEIROS A PROCURAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE	147
4.4 PROBLEMAS DE ATENDIMENTO AOS ESTRANGEIROS PELO SUS NO BRASIL	152
4.5 REGISTRO OU CONTROLE DE ATENDIMENTO	157
4.6 RECURSOS FINANCEIROS	159
4.7 ACORDOS NO ÂMBITO DAS FRONTEIRAS	163
4.8 O DIREITO À SAÚDE ESTRANGEIROS NAS FRONTEIRAS	175

CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
-----------------------------------	-----

REFERÊNCIAS	175
--------------------------	-----

APÊNDICES	
------------------------	--

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	
------------------------------------------	--

APÊNDICE B – Roteiro Entrevista gestores, assistentes sociais e representantes do CMS.....	
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXOS	
---------------------	--

ANEXO A – Modelo de Questionário	
----------------------------------------	--

ANEXO B – Mapa Municípios Faixa e Linha de Fronteira	
------------------------------------------------------------	--

ANEXO C – Tipologias de Interações Fronteiriças.....	
------------------------------------------------------	--

ANEXO D – Mapa Tipologia Interações Arco Sul.....	
---------------------------------------------------	--

ANEXO E – Mapa Cidades- Gêmeas	
--------------------------------------	--

ANEXO F – Legislação vigente sobre fronteira no período de 1980/2003.....	
---------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO G – Arcos e Sub-regiões da Faixa de Fronteira.....	
----------------------------------------------------------	--

ANEXO H – Mapa Município Lindeiros	
------------------------------------------	--

ANEXO I – Organograma MERCOSUL	
--------------------------------------	--

ANEXO J – Relação das proposições aguardadas na Câmara dos Deputados para a Fronteira.....	
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO L – Temas Atos Bilaterais no Âmbito das Fronteiras.....	
---------------------------------------------------------------	--

ANEXO M – Atos Bilaterais em vigor na área da saúde.....	
----------------------------------------------------------	--

ANEXO N – Acordos em vigor no MERCOSUL	
----------------------------------------------	--

ANEXO O – Organograma Reunião Ministros da Saúde do Mercosul.....	
-------------------------------------------------------------------	--

INTRODUÇÃO

A escolha do tema para uma dissertação geralmente é estabelecido por inquietações e indagações, advindas de estudos acadêmicos ou decorrentes da própria prática ou inserção profissional, como também estas possibilidades podem estar articuladas.

Desde o período de minha formação acadêmica, a temática sobre as políticas de saúde sempre se apresentou como interesse de estudo e investigação, devido especialmente a minha inserção como aluna bolsista no Projeto *Direito à Saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do MERCOSUL*¹.

Com o término desse projeto e dando continuidade à linha de estudos que vinha sendo desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas, cadastrado junto ao CNPq desde março de 1996, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), uma das professoras responsáveis por essa pesquisa elaborou um novo projeto de investigação científica, a partir de questões assinaladas no estudo anterior:

1) A constatação das divergências entre os países quanto à concepção do direito à saúde, tanto no discurso quanto na prática (SIMONATTO; NOGUEIRA, 2002), sendo que estas distinções podem expressar-se de forma contundente na região de fronteira. 2) A ampliação da demanda por ações sócio-assistenciais relacionadas à área da saúde (passes, auxílio para tratamento fora do domicílio, etc) e por atenção à saúde *stricto-sensu*, que vem sendo relatada pelos assistentes sociais das Prefeituras dos municípios brasileiros fronteiristas. A forma como vêm sendo incorporadas essas novas requisições permite apreender as tendências do direito à saúde na região estudada. 3) O acréscimo súbito e intenso da demanda relacionada à proteção social da saúde, se não for bem administrado ética e politicamente, pode acarretar uma situação difícil e tensa para os municípios, que mantém uma forte aproximação cultural, além de relações econômicas e sociais com os congêneres dos demais países (NOGUEIRA, 2003, p. 2).

¹ Bolsista Iniciação Científica no Projeto *Direito à Saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do MERCOSUL*, financiado pelo CNPq – Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação, no período de jul. de 2001 a jul. de 2003. Coordenado pelas professoras: Ivete Simionatto e Vera Maria Ribeiro Nogueira (esta última, sub-coordenadora, assumiu a função de coordenadora da pesquisa por um período de tempo, em virtude da primeira atual coordenadora, obter licença da universidade, para fazer o Pós-Doutorado na Itália). Os objetivos do projeto foram: conhecer e identificar as formulações legais existentes nos países do MERCOSUL, em relação a diferentes setores da saúde e a concepção de direito que sustenta tais leis tanto no seu aspecto amplo como específico, e em que medida vêm ocorrendo as alterações nas Constituições e Legislações de saúde decorrentes dos processos de Reforma do Estado e sua incidência sobre o direito à saúde; e identificar se os discursos sobre o direito à saúde, as propostas e práticas implementadas sinalizam para uma nova contratualidade entre o Estado e a sociedade civil (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 2001).

Estes elementos contribuíram para construção e delimitação de um novo objeto de estudo, resultando no Projeto de Pesquisa: *Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde*, nos municípios brasileiros localizados nas fronteiras com os países do MERCOSUL, implementado desde novembro de 2003. Seu objetivo foi o de aprofundar a reflexão sobre como e sob quais perspectivas ético-políticas o direito à saúde vem sendo consolidado nas regiões de fronteiras entre o Brasil e demais país do MERCOSUL (NOGUEIRA, 2003).

Assim, o projeto subsequente desdobrou-se em três subprojetos: um no Paraná (PR), outro em Santa Catarina (SC) e o terceiro no Rio Grande do Sul (RS), ou seja, em cada Unidade Federativa da região de fronteiras MERCOSUL com os países do Uruguai, Argentina, e Paraguai. Convém ressaltar que existem outras Instituições de Ensino Superior (IES) inseridas no desenvolvimento deste projeto, a saber: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Toledo/PR (UNIOESTE); Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS); Universidade do Estado de Santa Catarina, Campus Chapecó/SC (UNOESC); Faculdade Educacional de Medianeira (FACEMED). Este projeto também conta com o apoio do Ministério da Saúde (MS).

Em decorrência de minha inserção como aluna bolsista de pesquisa no primeiro projeto, e por ter estudado sobre a política de alta complexidade na assistência à saúde, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), fui convidada a participar deste segundo projeto, tendo como recorte a temática da assistência à saúde de média e alta complexidade nas regiões de fronteiras. Após conversas estabelecidas entre a Coordenadora do Mestrado em Serviço Social e Política Social (UEL) e a professora Coordenadora do Projeto de Pesquisa (UFSC), foi instituído um intercâmbio/integração entre a Universidade Estadual de Londrina (UEL/PR) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/SC), via os Programas de Pós-Graduação em Serviço Social para o desenvolvimento deste trabalho.

Segundo Nogueira (2003), esta proposta de pesquisa integrada com outras IES possibilita a interação entre pesquisadores e alunos de universidades distintas e da área de fronteiras, com uma troca sistemática e contínua fortalecendo a descentralização e implementando a produção do conhecimento.

Neste novo projeto, buscamos estudar sobre o acesso aos serviços de saúde em municípios limítrofes de fronteira com os países integrantes do MERCOSUL. Não mais limitados somente aos serviços de média e alta complexidade.

Nossos objetivos de estudo eram identificar e conhecer como está organizada e como se processa a acessibilidade na atenção à saúde na assistência de média e

alta complexidade aos estrangeiros que procuram o SUS nos municípios na região de fronteira com o MERCOSUL. Entretanto, como tínhamos como critério que o alcance dos objetivos previstos partiriam das respostas dos entrevistados, nossa primeira delimitação, devido a ausência de dados específicos sobre este atendimento foi modificada.

Assim, estudaremos o acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde de modo geral, conforme este se apresentou durante a pesquisa e, portanto, faremos menção aos níveis de proteção secundários e terciários. Contudo, a centralidade na questão do acesso permanece, mesmo que este tenha mais expressão nos níveis de maior complexidade no que se reflete à garantia do direito.

Definimos, como objetivo geral, desvendar como ocorre o acesso de estrangeiros ao direito à saúde no trânsito entre fronteiras dos países do MERCOSUL, de forma a contribuir para a elaboração ou no planejamento das ações e políticas de saúde na região de fronteira e a possibilitar o desenvolvimento de políticas integradas na atenção à saúde nestes países.

A revisão bibliográfica indicou que há poucos estudos sobre a procura dos serviços de saúde pelos estrangeiros na região de fronteiras MERCOSUL, o que dá a esta investigação um caráter exploratório. Estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

- Estimar o número de usuários estrangeiros que utilizam a assistência de média e alta complexidade em saúde nos hospitais públicos ou que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) identificando as solicitações mais frequentes aos serviços e recursos de saúde nestes níveis de proteção em saúde nos municípios fronteiriços;
- Identificar a existência do acesso aos serviços de saúde pelos estrangeiros, buscando identificar como ocorre o acesso;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos estrangeiros para conseguir acessar o SUS;
- Identificar e compreender como os municípios brasileiros respondem a estas demandas;
- Identificar a existência ou não de acordos estabelecidos para a efetivação do acesso ao direito à saúde na fronteira;
- Analisar a compreensão dos gestores municipais e dos hospitais em relação à demanda de estrangeiros pelos serviços de saúde e suas percepções sobre as relações nacionais e estrangeiras em relação ao direito à saúde;

- Examinar as contratualidades do setor saúde na região do MERCOSUL, a partir das respostas dos municípios, tornando visível à percepção de direito que tais acordos contemplam.

Assim, neste trabalho, buscamos subsídios para a construção de estratégias de forma a ampliar os processos de inclusão da população da área da fronteira aos serviços de saúde, e a fortalecer o controle social pela via da ampliação do conhecimento sobre este setor pouco conhecido. Temos apenas informações em que há a procura nos serviços de saúde no Brasil pelos estrangeiros, porém não há estudos detalhados sobre esta questão.

Na área da saúde, estudar esses espaços contribuirá para planejar e fortalecer estratégias de atenção a estas populações e desenhar e formular novos e mais efetivos caminhos em direção ao direito à saúde.

Os países que integram a região de fronteiras MERCOSUL são: a República da Argentina, a República Federativa do Brasil, a República Oriental do Uruguai e República do Paraguai.

Primeiramente, convém destacar quem são os estrangeiros a quem nos referimos nesta pesquisa. Na região de fronteiras MERCOSUL, podemos perceber a existência de: famílias binacionais – aquelas constituídas por membros que têm diferentes nacionalidades; famílias transfronteiriças – aquelas compostas por membros da mesma nacionalidade, mas nas quais alguns de seus membros vivem em lados diferentes da fronteira; famílias binacionais transfronteiriças – aquelas formadas por uma combinação de família binacional e família transfronteiriça (ASTORGA, 2004). Assim, identificamos como estrangeiros que procuram pelos serviços de saúde no Brasil, as pessoas que vivem no território estrangeiro vizinho (Argentina, Paraguai e Uruguai) e não possuem nacionalidade brasileira, mas que trabalham, estudam, consomem, fazem turismo e buscam atendimento em saúde no SUS brasileiro. Também consideramos as pessoas com nacionalidade nestes países, mas residentes nos municípios brasileiros, ou seja, o emigrante, pessoa que deixa sua pátria e passa a residir em outro país, sem passar pelo processo de naturalização.

O termo estrangeiro aplicado neste trabalho, refere-se ao que se denomina migrante indocumentado ou em situação irregular, isto é, "aqueles que não foram autorizados a ingressar, permanecer e a exercer uma atividade remunerada no Estado de emprego, de acordo com as leis desse Estado e os acordos internacionais em que esse Estado seja parte" (ONU, Art. 5º, 1990).

Em relação ao estrangeiro residente no Brasil, o termo migrantes indocumentados compreende àquelas pessoas que, por várias razões (burocracia, falta de

recursos, desinformação), mesmo com direito de residir no país, inexpulsáveis, não providenciaram sua documentação ou após obtê-la não tomaram as necessárias providências para assegurar sua validade (IMDH, 2005).

Fizemos este recorte porque os estrangeiros que vêm para o Brasil obedecendo aos preceitos legais, segundo a Lei do Estrangeiro, art. 95, “gozam de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis” (BRASIL, 1980). Já os migrantes indocumentados permanecem fora do mercado formal e das formas legais de trabalho, desconhecidos, não possuem cobertura das leis sociais e ficam à margem das relações e do exercício dos direitos civis e políticos.

Existem, por exemplo, na fronteira da cidade de Santana do Livramento – RS/Brasil com Rivera – Uruguai, cidadãos com duas nacionalidades, por isso são chamados de *doble chapa*, visto que a própria Constituição Federativa da República do Brasil (BRASIL, Art.12, 2001) considera brasileiro todo aquele que nasceu no território nacional. E a legislação uruguaia considera cidadão uruguaio todo o descendente de uruguaio, mesmo nascido em outro país (MELO, 2004). Este exemplo serve para ilustrar a grande complexidade relacionada à garantia dos direitos a este estrangeiro nacionalizado. A falta de legalização, de acordo com as legislações, pode ser consequência do elevado custo dos processos de nacionalização estrangeira, que confere registro de documentação civil para estrangeiros ou documentação especial de fronteiro, exigida para garantia dos direitos preconizados nas leis vigentes no país.

Estamos diante de uma problemática tensa e complexa. Poderíamos também dar como exemplo os “brasiguaios” isto é, os brasileiros que residem, possuem propriedades, no território paraguaio e tampouco possuem documentação específica. Sendo assim, a garantia dos seus direitos é de responsabilidade de “ninguém”, ou seja, de nenhum Estado parte.

As cidades localizadas na zona de fronteiras apresentam vários problemas pela interação transfronteiriça entre grupos locais e entre países. Em se tratando de saúde, podemos destacar a cobertura do atendimento público gratuito que gera afluxo populacional para os serviços de saúde no lado brasileiro e sua sobrecarga; a desarticulação das políticas de saúde em municípios fronteiriços em ambos os lados da fronteira, em relação ao controle de endemias, à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e aos programas de prevenção e imunização; a sobrecarga na rede pública de saúde pelo afluxo de pacientes fronteiriços estrangeiros domiciliados em cidades-gêmeas ou próximas à fronteira.

Consideramos que a zona de fronteiras facilita e oferece condições de acessibilidade aos serviços de saúde nos municípios brasileiros pela proximidade geográfica e pelo fato da oferta de serviços de saúde em cidades brasileiras fronteiriças ser mais próxima em relação às cidades estrangeiras. Outro fator relaciona-se à ausência de controle na zona de fronteiras que restrinja este fluxo de forma a permitir maior mobilidade das pessoas para adentrar e sair dos países com os quais fazem fronteiras. Acreditamos que as demandas por proteção social em saúde pelos estrangeiros no Sistema Único de Saúde (SUS), poderão trazer impactos nas políticas de saúde, tanto na sua materialidade requerida, ou seja, infra-estrutura e recursos humanos para atender esta população “extra”, quanto nos aspectos legais e contratuais de garantia de direito estabelecidos entre estes países, no processo de integração promovido pelo MERCOSUL.

Neste contexto, faz-se necessário conhecer o grau desse fluxo de procura pelos serviços de saúde brasileiros. Devemos destacar que, conforme pesquisa anterior realizada, existem diversos graus de desenvolvimento de atenção à saúde nos quatro países, como cobertura de atendimento, acesso, concepção e garantia de direitos à saúde² e isso também pode influenciar a busca de estrangeiros pelos serviços de saúde no Brasil, uma vez que não possuem este direito garantido em seus países.

Entretanto, quando os serviços de saúde são procurados por estrangeiros como fica esta situação? São atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro? Qual é a demanda? Por que os estrangeiros procuram os serviços de saúde no Brasil? Qual a porta de entrada da assistência à saúde para estes estrangeiros? Existem normas legais, protocolos para efetivação destes serviços aos estrangeiros? Os demais países de origem destes estrangeiros, também financiam os serviços de saúde nos países que estes são atendidos? Como é a gestão desses serviços ofertados aos estrangeiros, há alguma regulação, controle, registro? Há um serviço integrado de saúde por parte destes países? Enfim, como se processa a atenção à saúde na assistência de “alta complexidade” aos estrangeiros que procuram o SUS nos municípios pólos na região de fronteiras do MERCOSUL? Estas são algumas interrogações que buscamos responder neste nosso trabalho.

Cabe, no entanto, dizer que os sujeitos desta pesquisa não foram os “estrangeiros”. Para compreendermos o funcionamento e organização da atenção à saúde nas fronteiras no que diz respeito ao atendimento aos estrangeiros, procuramos obter informações a partir do sistema organizacional gerenciador desses serviços. Neste sentido, nossa

² Mais informações consultar: UFSC, 2002.

preocupação direcionou-se à percepção dos sujeitos políticos sobre a realidade do setor saúde, tanto em relação à configuração das solicitações como na apreciação sobre a acessibilidade aos serviços e ações de saúde. Deve ser observado que, para fins desse estudo, são “considerados como sujeitos políticos tanto os representantes governamentais como os da sociedade civil e os profissionais que ocupam posições estratégicas na rede institucional de atenção sanitária” (NOGUEIRA, 2003, p. 4).

Assim, os sujeitos da pesquisa não foram delimitados, *a priori*, em virtude dos reduzidos dados e conhecimentos sobre esta realidade. Nosso objetivo era obter informações, e para isso, procuraríamos a pessoa que tivesse maior conhecimento da demanda estrangeira atendida nos hospitais. Isso não excluiu um planejamento, ou seja, uma definição prévia destes sujeitos, visto que as informações poderiam ser recolhidas por coordenadores ou diretores de hospitais; coordenadores do setor de internação; funcionários do setor de internação, no caso específico secretários ou recepcionistas que encaminham a entrada do paciente nos hospitais; coordenadores de enfermagem, por estarem diretamente em contato com os pacientes internados; e os próprios assistentes sociais que, pelo seu perfil profissional, têm muito conhecimento do contexto no qual atuam. Os sujeitos apenas não foram denominados especificamente, ficaram em aberto, na possibilidade de encontrarmos a pessoa com maior conhecimento dessa demanda.

O caminho metodológico utilizado foi, primeiramente, a pesquisa documental, a partir do resgate de instrumentos legais como: Leis, Portarias, Decretos, Acordos, Atas de Reuniões, Propostas Ministeriais, entre outros existentes nos países do MERCOSUL, referentes às ações e serviços integrados na área da saúde no âmbito deste bloco. Esta pesquisa documental foi efetuada principalmente em *sites* da Internet, em virtude da pouca bibliografia impressa sobre o assunto e como sua origem é, na maioria, de órgãos governamentais, isso facilitaria sua obtenção nas fontes. Fizemos a análise documental, identificando se há algum acordo bilateral que menciona ou garante o atendimento a estes estrangeiros e em quais condições; e a oferta dos serviços em saúde nestes municípios, além da atenção básica.

Realizamos também a pesquisa de campo, tendo como instrumentos o diário de campo e a entrevista semi-estruturada com profissionais que trabalham na área gerencial e/ou técnicos dos serviços de saúde. O uso do diário de campo³ teve como objetivo identificar

³ Foram elaborados, pelas pesquisadoras responsáveis pela coleta de dados nesta região, dois diários de campo com todas as informações coletadas neste período: CASTAMANN, Daniela. **Relatório Pesquisa de Campo: Projeto Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde**. Londrina, 2005; e DALPRÁ, Keli

informações que fugissem daquelas obtidas através dos instrumentos formais e que poderiam ajudar na captação dos dados. Buscamos elaborar um relatório de cada município pesquisado, registrando nossas observações, percepções, desconfianças, dados que, no momento da análise, foram de grande valia.

Além disso, utilizamo-nos de dados já coletados no questionário (instrumento do próprio projeto Fronteira MERCOSUL), pois não achamos pertinente repetir este instrumento. Buscamos articular os dois instrumentos com o objetivo de obter uma complementação dos dados recolhidos em um e outro instrumento (APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista e ANEXO A – Modelo de Questionário).

Após transcrição, organização, e classificação de dados, identificamos algumas categorias de análise, com as quais trabalhamos.

De acordo com o material obtido, estabelecemos as seguintes categorias de análise, agrupadas por eixos temáticos e respectivos sub-eixos:

- 1) Eixo temático: Acesso.
 - a) procedimentos de acesso – estratégias e impedimentos;
 - b) serviços acessados: emergência e urgência, atenção básica, média e de alta complexidade;
 - c) Cobertura de atendimento (referência e contra-referência);
 - d) Registro ou controle de atendimento.
- 2) Eixo temático: Dificuldades para o atendimento de estrangeiros.
- 3) Eixo temático: Concepção de direito à saúde.
 - a) Direito à vida (independente do tipo de nacionalidade – saúde atendimento universal);
 - b) Direito a alguns tipos de procedimentos em saúde (parcial, por serviços);
 - c) Direito à saúde somente para brasileiros

A coleta das informações foi realizada por dois pesquisadores⁴ os quais aplicaram os instrumentos das suas respectivas pesquisas (de dissertações) integradas ao Projeto de pesquisa *Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde*, visto que seriam muitos os municípios visitados. Também nesta oportunidade aplicamos os

Regina. **Diário de campo da coleta de dados: Pesquisa Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde.** Porto Alegre, 2005.

⁴ Bolsista CAPES, Curso de Pós- Graduação em Serviço Social e Política Social, da UEL e pela Bolsista CNPq, Curso de Pós- Graduação em Serviço Social, da PUC/RS, integradas ao Projeto Fronteira MERCOSUL. Convém ressaltar que esta pesquisa foi financiada com recursos destinados ao Projeto, pela Agência CNPq.

instrumentos do projeto nave⁵, para otimização dos recursos disponíveis e do tempo. Destacamos que a ida conjunta dos dois pesquisadores aos municípios localizados na área de fronteiras do Estado do Rio Grande do Sul (RS) com os países do MERCOSUL (Argentina e Uruguai) foi devido a sua grande extensão, totalizando um percentual de doze (12) municípios⁶ visitados, localizados na linha de fronteira, com mais de dez mil (10.000) habitantes.

Antes de destacarmos quais foram os municípios pesquisados para esse estudo específico, convém ressaltar que esta dinâmica apenas ocorreu na coleta de dados dos municípios do Estado do RS. Nos Estados do Paraná (PR) e Santa Catarina (SC), pois pesquisadores de outras IES coletaram os dados do projeto nave. Nestes Estados houve uma divisão de tarefas. No Estado de Santa Catarina foi outra pesquisadora quem coletou os dados nos municípios, por residir próximo a eles. No Estado do PR⁷, somente no município de Foz do Iguaçu, devido a sua extensão os dados foram coletados pelas duas pesquisadoras. Nos demais, cada uma foi para um respectivo município. No meu caso, fui para o município de Guaíba que, além de estar na linha de fronteira com o Paraguai, faz fronteira com a Unidade Federativa do Mato Grosso do Sul (MS), onde doze (12) de seus municípios também fazem divisa com o MERCOSUL (Paraguai e Bolívia, Estado associado ao MERCOSUL). Apesar do MS não constar do universo do projeto nave, pois abrange apenas os Estados da Região Sul do Brasil, minha curiosidade investigativa e algumas reportagens de imprensa sobre a grande procura de estrangeiros pelos serviços de saúde na atenção de média e alta complexidade, me levaram a visitar alguns municípios deste Estado, conforme especificarei adiante.

Como universo da pesquisa, foram, portanto investigados dezesseis (16) municípios fronteiriços brasileiros com mais de dez mil (10.000) habitantes, que estão mais próximos da linha de fronteira (ANEXO B - Mapa Municípios Faixa e Linha de Fronteira), os chamados municípios limítrofes, visto que a área de fronteira corresponde à faixa de cento e cinquenta quilômetros (150 Km).

⁵ Mais informações sobre metodologia desta pesquisa, ver Projeto: *Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde* (NOGUEIRA, 2003, p. 4-6).

⁶ Municípios fronteiriços Unidades Federativa: RS – **São Borja**, Itaqui, **Uruguaiana**, Quaraí, **Santana do Livramento**, Bagé, Dom Pedrito, **Jagurão**, Porto Xavier, Criciumal, Santa Vitória do Palmar, Chuí. Obs: os quatro últimos municípios devido à localização geográfica e também por que pesquisadores de outras IES residem próximo aos mesmos, a coleta de dados não foi realizada por nós. Entretanto isso não prejudicaria nossas pesquisas já que estas seriam aplicadas nos municípios considerados pólos assistências em saúde, os quais estão destacados em negrito.

⁷ Municípios fronteiriços Unidades Federativa: PR – **Foz do Iguaçu**, Santa Helena, **Guaíba**.

É importante ressaltar que a zona de fronteira é composta pelas faixas territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações. A faixa de fronteira constitui uma expressão de *jure*, associada aos limites territoriais do poder do Estado. No entanto, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é das cidades gêmeas (MACHADO, 1998). Portanto os municípios limítrofes são aqueles localizados na margem da faixa de fronteira, tendo como seu limite territorial uma cidade estrangeira.

Não delimitamos todos os municípios da área de fronteira pelo fato de considerarmos que a proximidade dos municípios entre ambos os países é um dos principais fatores que propiciam a busca de estrangeiros pelos serviços de saúde em outro país, pela fácil acessibilidade. Outro critério utilizado foi a abrangência da área fato que implicaria em mais recursos financeiros e mais pesquisadores, podendo inviabilizar a pesquisa. Outro fator que levamos em consideração na escolha dos municípios, foi a sua capacidade de oferta de bens e serviços em saúde. No Brasil, em face da descentralização e da hierarquização/regionalização do sistema, ganha destaque à regulação da assistência à saúde, na medida em que serviços, por exemplo, como os de alta complexidade, não são ofertados em todos os municípios e a definição do fluxo de referência e contra-referência de pacientes tem expressiva importância na organização da assistência prestada.

Assim, dentre estes municípios limítrofes, em virtude da pesquisa ter focado primeiramente a assistência à saúde no nível secundário e terciário, correspondentes nestes municípios principalmente a área hospitalar, em razão da própria organização e hierarquização do SUS, delimitamos o estudo nos municípios pólos, ou seja, municípios que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresentam papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção, apesar de alguns não o serem. São eles: São Borja (RS), Santana do Livramento (RS), Uruguaiana (RS), Jaguarão (RS), Dionísio Cerqueira (SC), São Miguel do Oeste (SC), Foz do Iguaçu (PR) e Guaíra (PR), que se caracterizam como pólos regionais de demanda para proteção social da saúde e/ou eixos de integração na fronteira no sul do país. Convém ressaltar que também visitamos quatro municípios do Estado do Mato Grosso do Sul (MS) que fazem fronteira com o Paraguai e com a Bolívia, estudamos os municípios de: 1) Mundo Novo; 2) Amambaí; 3) Ponta Porã; e 4) Dourados. Mato Grosso do Sul não faz parte do universo da pesquisa, pois

ela só abrange os Estados da Região Sul do Brasil. Porém tínhamos informações⁸, que neste Estado havia demanda estrangeira pelos serviços de saúde no SUS. Os motivos que nos levaram a escolher estas três cidades foram:

Mundo Novo, pelo seu número de habitantes (16.000 habitantes), onde além de estabelecer fronteira com o Paraguai, faz também fronteira com outro Estado brasileiro, PR (Guaíra o qual também é município limítrofe). Segundo informações, os demais municípios limítrofes do MS (a maioria com número populacional menor) deveriam apresentar características muito parecidas com este, pelo fato de ofertarem o mesmo nível de serviços de assistência em saúde. Pelo fato de não atenderem a alta complexidade, e também não serem municípios pólos não os visitamos.

A segunda cidade visitada neste Estado foi Amambaí, pelas informações sobre o atendimento de média e alta complexidade no Hospital Regional, apesar desta não ser município limítrofe.

A terceira cidade escolhida do MS foi Ponta Porã por ser município limítrofe também e de maior porte.

E por último visitamos Dourados, apesar de não estar localizada na linha de fronteira, mas na faixa de fronteira, atende a atenção à saúde no nível terciário. Por ser uma pesquisa exploratória queríamos ter informações a respeito.

O tempo de permanência em cada município variou de um a dois dias. A primeira etapa da coleta de dados ocorreu no período de 17/01/2005 a 02/02/2005. E a segunda etapa foi realizada no período de 29/03/2005 à 08/04/2005.

O período escolhido para a coleta de dados trouxe algumas dificuldades: Em janeiro de 2005, tomaram posse todas as novas gestões municipais, ou seja, quase todas as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), tiveram seus gestores substituídos. Outra dificuldade apresentada deu-se pelo fato de que, neste período, muitos funcionários encontravam-se em férias. A justificativa de nossa coleta neste período foi, principalmente, pela liberação dos recursos financeiros pelo CNPq que ocorreu próxima ao final do ano de 2004 e também pela disponibilidade de tempo das pesquisadoras já que, neste período, o ano letivo havia terminado.

Outras dificuldades na coleta de dados podem ser citadas: a) a distância geográfica das unidades de saúde a serem visitadas e o fato de apenas duas SMS terem disponibilizado carro das mesmas para levar-nos aos locais. Queremos ressaltar que esta não

⁸ Uma das reportagens acessada foi disponível em: <<http://www.picarelli.com.br/mauricio/not26042005fronteira.htm>> Acesso em: 15 jun. 2005.

era uma obrigação das Secretarias, porém dificultou a coleta de dados, talvez justificada pelo desinteresse dos municípios na pesquisa ou para impossibilitar a percepção da realidade a ser investigada, como veremos na análise dos dados. Destaca-se que, em muitos municípios, não há serviço de transporte urbano e, quando havia, seus horários faziam-nos desperdiçar muito do nosso tempo. Assim, a coleta de dados foi, na maioria das vezes, executada com longas caminhadas; b) os poucos dados obtidos sobre a demanda estrangeira apontam que ela existe e é oferecida, mas não se tem registro desse atendimento, seja pela: falta de iniciativa do município por perceber esta demanda estrangeira como normal, pela localização fronteiriça, seja pelo reduzido número de estrangeiros que acessam o sistema local de saúde, ou mesmo pela própria ausência de exigência de registro por parte do Ministério da Saúde; c) o pouco conhecimento sobre legislações específicas sobre os estrangeiros leva a afirmar por alguns sujeitos “ter que atender” os estrangeiros. Não se sabe como os municípios procedem este atendimento. Alguns municípios atendem níveis mais elevados de saúde, outros não atendem, outros somente atendem casos de urgência e emergência; d) o desconhecimento de profissionais e gestores municipais de saúde sobre os tipos de serviços ofertados e sobre o próprio modelo de gestão em saúde implantado no município; e) algumas pessoas a serem entrevistadas não tiveram tempo para nos atender, ou aguardamos durante muito tempo e depois fomos dispensados; f) devido a pouca capacidade instalada de serviços de saúde na fronteira, muitos sujeitos afirmaram não atender o nível de atenção terciária e alguns casos eram encaminhados para centros de referências, já outros municípios não o fazem devido à falta de documentação civil de estrangeiro legalizado; g) nos municípios de Santa Catarina apenas obtive informações gerais sobre a procura de estrangeiros nos hospitais, porém o instrumento não foi aplicado na íntegra. É importante destacar que isso também aconteceu em hospitais dos outros Estados (PR, RS, MS), pelo próprio desconhecimento dos sujeitos ou pela possível ausência de atendimento a estrangeiros.

Em suma, em virtude destes fatores acima relatados não foi possível aplicar o instrumento em todos os locais planejados. Trabalhei, com todos os dados coletados e também utilizei dados aplicados extraídos das entrevistas semi-estruturadas da pesquisa nave (APÊNDICE B – Roteiro Entrevista gestores, assistentes sociais e representantes do CMS), aplicado em assistentes sociais da área da saúde, em gestores municipais de saúde e em representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, porém somente nos municípios maiores, em número de nove (9) municípios.

Retomando a proposta de trabalho, foi estudar como se dá o acesso aos serviços de saúde, procurados pelos estrangeiros, nestes municípios. Há que se ter em mente

que este é um acesso “invisível”, pela falta atenção das políticas de saúde nestas regiões. Enquanto isso, tanto os cidadãos estrangeiros sofrem por ter o atendimento negado, ou restrito a alguns serviços, talvez pela sua condição de cidadão indocumentado.

O presente estudo está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, versaremos sobre o contexto da fronteira, procurando destacar os principais conceitos que serão mencionados neste trabalho, permitindo melhor esclarecimento e visualização da complexa e tensa realidade da fronteira, já que o fluxo e mobilidade pela procura dos serviços de saúde se dão neste território.

No segundo capítulo, apresentamos o que existe em termos de regulações e normatizações legais referentes ao direito à saúde em âmbito internacional e na região de fronteira.

No terceiro capítulo, abordamos a concepção do acesso, pois evidenciamos que a concretização do direito à saúde pelos estrangeiros se efetiva no acesso aos bens e serviços de saúde. Abordamos a organização do sistema, considerando a questão da regionalização e hierarquização como elementos facilitadores do acesso. Estes elementos também podem servir para que se possa estruturar um sistema integrado de saúde das fronteiras. Finalizamos colocando algumas propostas apontadas por alguns autores para a construção desse sistema, visto que a integração de ações em saúde na fronteira deve ser planejada buscando soluções para resolver estes problemas no nível jurídico e no operacional.

No quarto, apresentamos os resultados da pesquisa iniciando com a apresentação de como se processa o acesso aos estrangeiros nos municípios fronteiriços brasileiros. No decorrer desta construção, pretendemos responder as indagações da pesquisa, a partir do acesso ao direito à saúde.

Por último, tecemos as considerações finais, apresentando algumas propostas para a integração de políticas públicas de saúde nas fronteiras MERCOSUL. Elaboramos ainda algumas críticas ao descaso dos Ministérios da Saúde, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Integração Nacional, para com suas funções com relação às demandas e necessidades desses municípios limítrofes de fronteiras.

1 FRONTEIRAS MERCOSUL: INTERAÇÃO OU FRAGMENTAÇÃO

Discutir o acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira do Mercado Comum do SUL – MERCOSUL, remete-nos a uma problemática não muito simples, tanto no que concerne aos aspectos institucionais, quanto aos aspectos políticos, pois está totalmente interligada e condicionada à questão da área de fronteira. Esta área tem um papel importante no processo de integração do MERCOSUL, na medida em que pode ser vista como território de integração ou apenas de limite geográfico, concebida como espaço de separação e diferenciação. Dependendo da posição adotada, a integração de políticas de saúde pode sofrer mais ou menos impactos, que repercutem no grau da sua consolidação.

Desse modo, dois vetores estão presentes nas fronteiras: o primeiro, de bloqueio do movimento, de controle de fluxos e de separação; o segundo, em sentido contrário, de comunicação, relação e troca. O predomínio de um ou do outro vai depender das relações entre os países vizinhos, das características do desenvolvimento regional, das motivações das populações locais e de diversos grupos presentes na fronteira, dos condicionantes dos ambientes natural e construído, entre outros (BARCELLOS, et al, 2001).

Portanto, as interações transfronteiriças e as situações de fronteira podem não ser as mesmas ao longo do extenso limite internacional⁹ do país pelas seguintes razões: a) diferenças geográficas; b) tratamento diferenciado que recebem dos órgãos de Estado e; c) tipo de relação estabelecida com os povos vizinhos de outros países. Assim, ao longo da faixa de fronteira, podem apresentar-se particularidades de interações de acordo com a fronteira estabelecida entre as unidades federativas brasileiras e também entre os próprios municípios limítrofes de um mesmo Estado com os respectivos países vizinhos.

Na prática, os elementos de integração e desintegração coexistem e se interpenetram incessantemente de forma diversa para as diferentes funções desempenhadas. Como veremos neste trabalho as temáticas dos acordos bilaterais entre os países signatários do MERCOSUL expressam principalmente a existência de uma integração ligada às negociações econômicas voltada a questões gerais entre os países e alguns acordos específicos, restritos às regiões particulares da fronteira. Neste sentido, a efetiva integração

⁹ A faixa de fronteira em relação ao limite internacional corresponde a quinze mil e setecentos quilômetros (15.700 Km) de extensão e está dividida em três grandes Arcos compostos pelos seguintes Estados: 1) Arco Norte, compreende a Faixa de Fronteira dos Estados do Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre; 2) Arco Central, compreende a Faixa de Fronteira dos Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; 3) Arco Sul, compreende a Faixa de Fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2005).

pode estar ameaçada quando direcionada apenas para algumas regiões ou quando restrita apenas ao setor econômico. Ainda são muito incipientes propostas de projetos orientados para desenvolvimento no setor social. Convém ressaltar ainda as morosidades políticas, jurídicas e administrativas para o desenvolvimento de ações concretas, que surtam efeitos em realidades dinâmicas que necessitem de respostas imediatas, pois os problemas e dificuldades apresentam-se de forma cotidiana nas regiões fronteiriças. No entanto, essa morosidade na atuação jurídica de fronteira pode estar condicionada pela sua própria condição jurídica, ou seja, o que foi constituído como uma zona de fronteira.

Para Grimson (2001, apud GONZÁLES, 2004) as políticas de integração podem apenas ser direcionadas ao controle e regulação das fronteiras consideradas mais movimentadas e isso corresponde a um retrocesso de modelos de nacionalizações de territórios através das políticas sociais. Já que o Estado se retrai da sua função de proteção e reaparece com o papel de controle e regulação, assim poderíamos estar assistindo mais uma desterritorialização generalizada, substituindo um modelo de territorialização por outro. Como indicadores deste processo de reversão do papel do Estado, o autor cita a política de povoamento das fronteiras; a política de integração mediante construção de rodovias, pontes que interligam o intercâmbio comercial e o fortalecimento das micro-relações de controle sobre as populações fronteiriças, tanto da circulação de pessoas, quanto da circulação de mercadorias, assim como as mercadorias contrabandeadas.

Outro fator relevante para a não efetivação da integração refere-se ao grau de homogeneidade e heterogeneidade dos níveis de desenvolvimento e características culturais. É notório que nos espaços de fronteira convivem sociedades, etnias e culturas tão diversas, cada uma com uma particular estrutura social e organização política do Estado ao qual se vincula. Pode-se dizer que cada ponto, cada realidade fronteiriça aparece como tendo uma conformação própria e *sui generis*. Porém, também nestas áreas, são estabelecidas integrações e desenvolvidas culturas específicas, próprias de zonas compostas de sociedades amplas e diversificadas.

Associada às particularidades da geografia regional, centrada na caracterização física e econômica, social e cultural de cada região e ao determinismo que enfatiza a influência do meio ambiente sobre a atividade humana, a geografia política iniciou seus estudos na relação entre território e o poder dos Estados. A fronteira seria, portanto, uma zona na qual seus habitantes vivem os efeitos da proximidade entre dois ou mais países. Ela contém um conjunto de instituições, práticas, sujeitos e modos de vida particulares.

As áreas de fronteiras confundem-se com os conceitos de territórios de integração ou limites geográficos. Não há, contudo, um conceito estagnado para a área de fronteira, visto que há muitas variantes para defini-la. Em virtude do sentido ambíguo do conceito de fronteira, definiremos primeiramente conceitos de fronteira, limite, faixa, zona, região, território, territorialidade de fronteira que serão intensamente utilizados nesta dissertação e devem ser esclarecidos desde já, facilitando a compreensão a partir destas definições, deixando mais claros os conceitos, aos quais nos reportamos.

1.1 DISCUTINDO OS CONCEITOS DE FRONTEIRA E LIMITE

É muito comum considerar os termos fronteira e limite como sinônimos, mas existem diferenças essenciais entre eles que escapam ao senso comum.

A palavra fronteira é derivada do “antigo latim *fronte* ou *frontaria* que indicava a parte do território situada *in fronte*, isto é, nas margens” (MARTIM, 1998, p. 21). No dicionário da língua portuguesa o termo fronteira significa “extremidade de um país ou região do lado onde confina com outro; limite; raia” (FERREIRA, 1993, p. 262). Percebemos na segunda conceituação que a expressão fronteira também é considerada como limite.

Segundo Machado (1995), o termo fronteira refere-se, historicamente, ao que a etimologia da palavra condiz, ou seja, ao que está na frente. O uso desta palavra não está associado a qualquer conceito legal ou a um conceito essencialmente político ou intelectual. Originou-se, contudo, como um fenômeno da vida social, indicando a margem do mundo habitado. Na medida em que os padrões de civilização foram se desenvolvendo acima do nível de subsistência, as fronteiras tornaram-se lugares de comunicação e, por conseguinte, adquiriram um caráter político. Não tinham, porém, a conotação de uma área ou zona que marcasse o limite definido ou fim de uma unidade política. O sentido de fronteira era, portanto, não de fim, mas do começo do Estado, do lugar para onde ele tendia a se expandir.

Para Ribeiro (2002) existem duas posições antagônicas em confronto na concepção de fronteira: uma noção de fronteira como um espaço de comunicação, de interação, uma zona de encontro, assumindo, portanto um valor crítico e emancipatório; e outra concepção de fronteira como espaço de separação e diferenciação, que tende a receber um caráter negativo e conservador. A fronteira vista da primeira forma, propicia “um modo de comunicação marcado pelo uso seletivo das tradições, pela invenção, pela debilidade das

hierarquias, pela pluralidade dos poderes e ordens jurídicas, pela fluidez das relações sociais de estranhos e íntimos, isso é possível por estarem na fronteira” (RIBEIRO, 2002, p. 482).

Segundo Martim (1998) existem três modos que conduzem a estruturação e reestruturação das fronteiras:

Primeiro, a contradição entre o caráter relativamente fixo e estático do espaço terrestre, em oposição à natureza dinâmica e à mobilidade das populações. Para melhor entendermos, o autor coloca haver uma certa semelhança entre as fronteiras e os semáforos, visto que ambos procuram evitar colisões.

Segundo, as diferenciações em termos de densidade de ocupação observáveis na superfície do planeta. Elas podem estar relacionadas às condições naturais mais ou menos favoráveis, ou a níveis de desenvolvimento tecnológico diferenciados, pois encontramos populações com volumes e ritmos de crescimento demográfico bastante desiguais. Porém, o autor justifica que a densidade de ocupação não deve ser medida unicamente pela razão do número de habitantes e a área considerada, mas sim e principalmente, pela capacidade que essa população tem de aproveitar a extensão e os recursos a sua disposição. Então, uma boa rede de transportes e comunicações valerá mais do que um número elevado de habitantes. Seja como for, o fato é que a existência dessa dualidade entre povos que se expandem e outros que se retraem conduz à movimentação das fronteiras, tendência exatamente oposta àquela primeira que pretendia torná-las fixas.

Como terceiro modo, teríamos a rede de fluxos, na qual a ação das forças centrífugas e centrípetas interagem de modo a tecer uma trama complexa de relações cujo resultado final tende para um equilíbrio entre a rigidez e a flexibilidade das fronteiras, uma vez que, efetivamente, a fronteira em si, isolada, não existe, mas sim o que existe são as fronteiras no plural, formadas umas em relação às outras.

Já a palavra limite, de origem latina, foi criada para designar o fim daquilo que mantém coesa uma unidade político-territorial, ou seja, sua ligação interna. Essa conotação política foi reforçada pelo moderno conceito de Estado, no qual a soberania corresponde ao processo de territorialização. Ou seja, a capacidade de estruturação socioeconômica (moeda e impostos), as formas de comunicação (a língua nacional, o sistema educativo, entre outros), são elementos constitutivos da soberania do Estado, correspondendo ao território cujo controle efetivo é exercido pelo governo central (MACHADO, 1995). Não é possível pensar o território como algo sobre o qual se atua, mas sim como algo com que se interage. É a partir da interação que se define tanto o limite como a fronteira, pois é ela que

determina o sucesso ou fracasso de qualquer intento de controle da condição de legalidade ou ilegalidade.

Desta forma, há diferenças essenciais entre o conceito de fronteira e de limite:

A fronteira está orientada para fora (forças centrífugas), enquanto os limites estão orientados para dentro (forças centrípetas). Enquanto a fronteira é considerada uma fonte de perigo ou ameaça porque pode desenvolver interesses distintos aos do governo central, o limite é jurídico do Estado é criado e mantido pelo governo central, não tendo vida própria e nem mesmo existência material (MACHADO, 1995, p. 42).

Há também o marco de fronteira, o qual nada mais é que um símbolo visível do limite. Sendo assim, o limite não está ligado à presença de gente, é uma abstração generalizada na lei nacional, sujeita às leis internacionais, mas distante, freqüentemente, dos desejos e aspirações dos habitantes de fronteira. Por isso, a fronteira é objeto permanente de preocupação dos Estados nacionais no sentido de controle e de vinculação econômica. A fronteira, portanto, pode ser um fator de integração na medida em que for uma zona de interpenetração mútua e de constante manipulação de estruturas sociopolíticas e culturais distintas. E o limite pode ser um fator de separação, pois separa unidades políticas soberanas e permanece como um obstáculo fixo, não importando a presença de certos fatores comuns, físicos, geográficos, políticos, econômicos, culturais.

Para Machado (1995), esse processo é indicativo de que, mais do que uma perda de função dos limites e fronteiras internacionais, o que está ocorrendo é uma mutação da perspectiva do Estado em relação ao seu papel. A fronteira deixa de ser concebida somente a partir das estratégias de interesses do Estado central, passando a ser concebida também pelas comunidades de fronteira, ou seja, no âmbito sub-nacional. O desejo e a possibilidade real de comunidades locais estenderem sua influência e reforçarem sua centralidade além dos limites internacionais e sobre a faixa de fronteira estaria subvertendo e renovando os conceitos clássicos de limite e de fronteira, por conta da integração das ações.

Enquanto a faixa de fronteira constitui uma expressão de *jure*, associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é das cidades gêmeas (MACHADO, 1995).

A zona de fronteira é o espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço-exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos Estados nacionais (MACHADO, 1995).

Na figura abaixo, buscamos ilustrar zona de fronteira, faixa de fronteira e limite internacional.

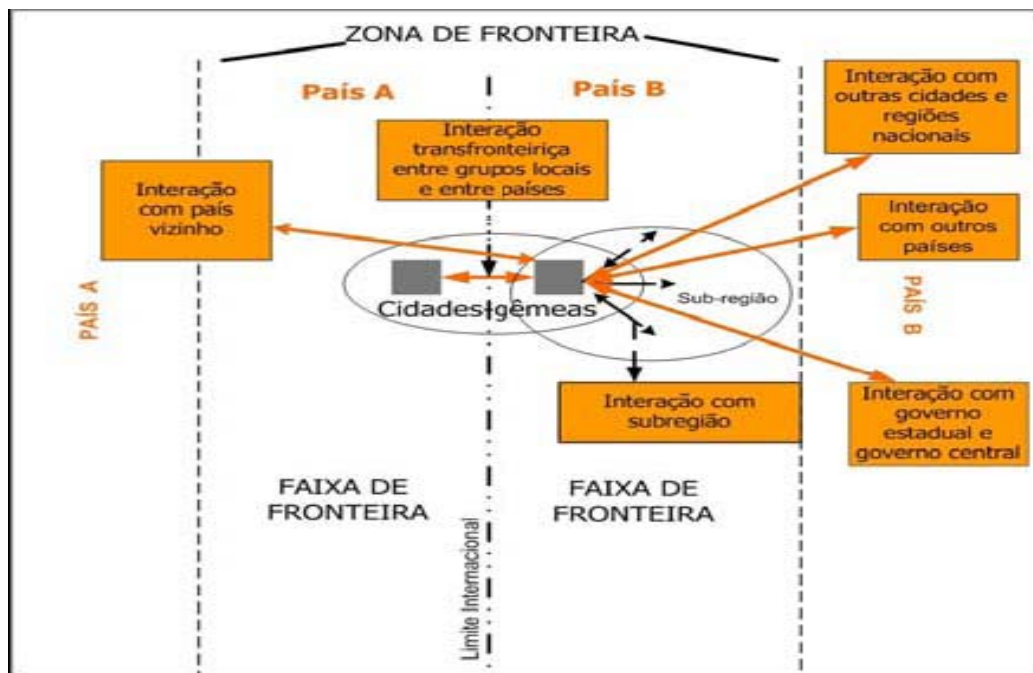


Figura 1 – Conceitos – Faixa e Zona de Fronteira
Fonte: BRASIL, Ministério da Integração Nacional (2005b).

Esses conceitos apontam para o caráter dinâmico dos processos socioespaciais de uma das propriedades da região ou de uma sub-região. Por mais que queiramos delimitá-la de modo a definir um território único, a fronteira é um sistema aberto. A troca de bens, pessoas, energia e informação com o ambiente externo tornam a região de fronteira sujeita a mudanças e adaptações, inclusive nos limites regionais, quase sempre provisórios e definidos por objetivos determinados.

O desenvolvimento econômico regional e a identidade cultural também são imprescindíveis na compreensão da organização socioterritorial e na construção da cidadania na faixa de fronteira. A natureza distinta de cada grande vetor exigiu a aplicação de critérios e escolha de variáveis diferenciadas.

Segundo Santos (1993, p. 113) o espaço é considerado o maior conjunto de objetos existentes e se ele associa aquilo que, pela origem, tem idades diversas, tais coisas são todas, a cada momento, movidas e fortalecidas por uma lei única, a que se submetem todas as relações sociais, formadas pelos modos de produção e seus momentos, responsáveis pelas mudanças grandes e gerais e pela criação de novos objetos como se, na vida da sociedade e do espaço, existisse um motor movente e um motor movido.

Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar. A República somente será realmente democrática quando considera todos os cidadãos como iguais, independentemente do lugar onde estejam (SANTOS, 1993, p.123).

Assim, o território é um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se relacionam sujeitos sociais colocados na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante reconstrução. É o território-processo que transcende a uma superfície-solo e as suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Dentro do processo de transnacionalização, no território são concebidos conflitos, exprimindo o conflito entre o global e o local. A dialética do território, das geografias das desigualdades pelo sistema-mundo, permitem ver o território como dimensão histórica do processo de globalização e fragmentação. Ao mesmo tempo em que globaliza, temos a fragmentação, na sua relevância do local, a ruptura de laços políticos-territoriais com a combinação de criar novas fronteiras e novos Estados. As transformações atuais do espaço parecem reformular as relações de territorialidade na dimensão da consciência do território e da identidade. “O território é uma objetivação multidimensional da apropriação social do espaço”. (SANTOS, 2002, p. 262).

Desse modo, o território é entendido não na sua dimensão jurídico administrativa, de áreas geográficas delimitadas e sob domínio do Estado, entende-se que o território é produto de processos de controle, dominação e/ou apropriação do espaço físico por agentes estatais e não-estatais. Os processos de controle (jurídico/político/administrativo), dominação (econômico-social) e apropriação (cultural-simbólica) do espaço geográfico nem sempre são coincidentes em seus limites e propósitos. Ademais, a territorialização desses processos se dá tanto de “cima para baixo” (a partir da ação do Estado ou das grandes empresas, por exemplo) quanto “de baixo para cima” (através das práticas e significações do

espaço efetivamente vivido e representado pelas comunidades). É, portanto, o processo de territorialização como acima concebido, ou seja, filtrado pelos agentes sociais, que acaba por delinear o território por uso e posse, e não somente por determinação jurídico-administrativa (SANTOS, 2002).

Já o conceito de territorialidade relaciona-se aos processos relacionados ao poder sobre territórios – o poder de afetar, influenciar e controlar o uso social do espaço físico – não criam homogeneidade ou uma qualidade única do território, e nem mesmo, obrigatoriamente, geram um território, pois podem “acumular-se” tanto quanto se articular em tensão constante ou gerar conflitos abertos. Ao contrário, algumas formas definem “nós” e “os outros”, o “próprio” e o “não-próprio”, ou seja, carregam um sentido de exclusividade. A territorialidade é um processo de caráter “inclusivo”, incorporando novos e velhos espaços de forma oportunista e/ou seletiva, não separando quem está “dentro” de quem está “fora”. Por isso mesmo, a territorialidade de algum elemento geográfico dificilmente coincide com os limites de um território, embora possa justificar a formação de novos territórios. Para Santos “a territorialidade, a qualidade subjetiva do grupo social ou do indivíduo que lhe permite, com base em imagens, representações e projetos, tomar consciência do seu espaço de vida” (2002, p. 262).

Por regionalização, compreende-se o processo efetivo, forjado na própria ação dos indivíduos e comunidades que, conjugando múltiplos interesses econômicos e políticos e produzindo identificações socioculturais diversificadas, redesenham constantemente seus espaços.

A formação da identidade regional varia muito de acordo com a mobilidade física a que a população está sujeita (migrações) e o nível de conectividade (interações) de que dispõe cada área. Assim, espaços com alta mobilidade da população, com índices mais elevados de migrantes na população total, tendem a desenvolver identidades mais diversificadas e, algumas vezes, tem mais dificuldades em moldar uma identidade-padrão representativa de toda a região. Este fenômeno, sob a globalização, é cada vez mais comum e diversos pontos ao longo da fronteira manifestam um encontro de múltiplas identidades de forma mais intensa, destacando-se, sobretudo, a tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. A integração de países em blocos regionais poderá transformar essas regiões, por sua própria localização geográfica, em zonas de cooperação e sinergia entre países vizinhos.

O Ministério da Integração Nacional, através de estudos para a reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (2005), define cinco modelos que fundamentam a tipologia de interações: margem, zona de tampão, frente, capilar

e sinapse, que irão influenciar na temática dos acordos bilaterais (ANEXO C - Tipologias de Interações).

Margem – “Na margem a população fronteiriça de cada lado do limite internacional mantém pouco contato entre si, exceto de tipo familiar ou para modestas trocas comerciais. As relações são mais fortes com o nacional de cada país do que entre si, apesar da vizinhança” (BRASIL, p.144, 2005b). Em outras palavras, a primazia da dinâmica é local ou nacional. Tal situação é consistente com a ausência de infra-estrutura conectando os principais núcleos de povoamento de um e outro lado da fronteira, ou a presença de raras pistas carroçáveis, não transitáveis anualmente.

Zona-tampão – Refere-se às zonas estratégicas onde o Estado central restringe ou interdita o acesso à faixa e à zona de fronteira, criando parques naturais nacionais, áreas protegidas ou áreas de reserva, como é o caso das terras indígenas. Mesmo que em alguns locais exista uma relação de tipo cultural ou de ordem comercial ou uma combinação deles para justificar sua criação, a situação de bloqueio espaço-institucional ‘pelo alto’, ou seja, pelo governo central, pode criar uma dicotomia espacial com potencial de conflito entre o institucional e os nexos de passagem e expansão espontânea do povoamento no nível local (BRASIL, 2005b). Vários fatores inspiram esse tipo de política, entre eles: (a) a presença de recursos naturais próximos da fronteira, explorados ou não; (b) impedir ou dificultar o avanço de frentes pioneiras que, no caso do Brasil, são majoritariamente frentes de povoamento ou de explorações nacionais; (c) existência de áreas de tensão militar; (d) diminuir os custos da infra-estrutura de defesa e vigilância; (d) reconhecimento da ocupação do território por grupos locais.

Frente – Tipologia empregada para frentes pioneiras, com a intenção de caracterizar frentes de povoamento. No caso das interações fronteiriças, o modelo “frente” também designa outros tipos de dinâmicas espaciais, como a frente cultural (afinidades seletivas), frente indígena (afinidades étnicas) ou frente militar (bases de controle e defesa). No caso do Brasil, todas elas podem ser identificadas em momentos diferentes da história territorial. A frente militar difere da frente pioneira (a pioneira pode ser identificada como um tipo de frente cultural), visto que os investimentos dos Estados restringem-se às ações fronteiriças somente na perspectiva tática, como, aeródromos, pista de helicópteros, etc (BRASIL, 2005b).

Capilar - Existem processos diversos responsáveis por interações de tipo capilar. As interações podem se dar somente no nível local, como no caso das feiras, exemplo concreto de interação e integração fronteiriça espontânea. Pode se dar através de trocas

difusas entre vizinhos fronteiriços com limitadas redes de comunicação, ou resultam de zonas de integração espontânea; o Estado intervém pouco, principalmente não patrocinando a construção de infra-estrutura de articulação transfronteira. A primazia é o local, antes de ser nacional ou bilateral como no modelo sináptico. O cenário capilar é geralmente superposto pelo modelo sináptico, principalmente nas passagens fronteiriças mais importantes, seja por serem mais freqüentadas ou mais estratégicas (BRASIL, 2005b).

Sinapse – “termo importado da biologia, refere-se à presença de alto grau de troca entre as populações fronteiriças. Esse tipo de interação é ativamente apoiado pelos Estados contíguos, que geralmente constroem em certos lugares de comunicação e trânsito, infra-estrutura especializada e operacional de suporte, mecanismos de apoio ao intercâmbio e regulamentação de dinâmicas, principalmente mercantis” (BRASIL, 2005b, p.147). As cidades-gêmeas mais dinâmicas podem ser caracterizadas de acordo com este modelo. No caso da sinapse, os fluxos comerciais internacionais se justapõem aos locais. A articulação entre Foz do Iguaçu/PR - Ciudad Del Este (Paraguai), ou de Uruguaiana/RS - Paso De Los Libres (Argentina) é um exemplo.

Praticamente todas as cidades-gêmeas articuladas por pontes pertencem a este tipo de modelo, pois ele é estratégico para o comércio bilateral. No caso dos vizinhos do Cone Sul, muitas cidades do outro lado do limite internacional ganharam o estatuto de Zona Franca exatamente para estimular as trocas internacionais. Uma paisagem urbana peculiar surge nesse tipo de cidades-gêmeas, com a formação de sindicatos de cambistas, de motoqueiros *transborder*, de infra-estrutura hoteleira e de redes de lojas especializadas. Por outro lado, a interação de tipo sináptico pode ser estrutural ou conjuntural. No sudoeste do Rio Grande do Sul (Campanha Gaúcha), na divisa com o Uruguai e a Argentina, as interações são do tipo sináptico-estrutural: as relações tanto no urbano como no rural tem uma longa história comum, com fazendas que se estendem de um lado a outro da fronteira, forte intercâmbio cultural e de trabalho e articulações promovidas ativamente pelos Estados durante anos. A tradicional presença de postos do Exército na Campanha Gaúcha (antiga frente militar) foi concebida para a defesa do território, mas faz anos que fortalece os laços com o país. (ANEXO D – Mapa Tipologia Interações Arco Sul).

Por esses motivos, as cidades-gêmeas devem constituir-se em um dos alvos prioritários das políticas públicas para a zona de fronteira. A concentração de efeitos territoriais nas cidades-gêmeas (incluindo fatores de produção: terra, trabalho, capital, e serviços públicos e privados) e a extensão desses efeitos numa distância indeterminada rumo ao interior de cada território nacional tem implicações práticas para a atuação do Estado em

suas respectivas faixas de fronteira. A dificuldade advém principalmente do fato de que esses efeitos se expressam com formas e amplitudes diferenciadas no território, às vezes de forma conjugada ou isolada, contínua ou descontínua. Apesar da zona de fronteira ser muito heterogênea em termos de níveis de desenvolvimento e características culturais dos países que a compõem não é possível deduzir daí que exista uma relação mecânica entre Estados desenvolvidos e faixas de fronteira desenvolvidas. De fato, as simetrias e assimetrias entre cidades-gêmeas nem sempre decorrem de diferenças no nível de desenvolvimento dos países e sim de sua própria dinâmica e da função que exercem para os respectivos países.

O Rio Grande do Sul (fronteira com Argentina e Uruguai) concentra o maior número de cidades-gêmeas, apesar da maior delas, Foz do Iguaçu, estar localizada no Paraná. O maior número e as mais importantes cidades-gêmeas ou estão localizadas em fronteira seca ou encontram-se articuladas por pontes, sejam de grande ou pequeno porte (ANEXO E - Mapa Cidades- Gêmeas).

De acordo com o Ministério da Integração Nacional (2005b), três aspectos devem ser ressaltados na geografia das cidades-gêmeas na fronteira brasileira:

O primeiro é que a posição estratégica em relação às linhas de comunicação terrestre e a existência de infra-estrutura de articulação, embora possam explicar a emergência de muitas cidades-gêmeas, nem sempre garantem o crescimento e a simetria urbana das cidades, muitas vezes, reduzindo-se a meros povoados locais ou a cidades de tamanho urbano muito diferentes.

O segundo é que a disposição geográfica das cidades e seu tamanho urbano devem muito à ação intencional de agentes institucionais (unidades militares, eclesiásticas, jurídico-administrativas).

O terceiro aspecto a ser destacado na geografia das cidades-gêmeas é a disjunção entre o tipo de interação predominante na linha de fronteira e o tipo de interação que caracteriza a cidade-gêmea nela localizada. No âmbito local-regional, os fluxos transfronteira entre cidades-gêmeas apresentam elementos comuns, porém comportamentos diferenciados, dependendo das características de cada cidade e do segmento de fronteira envolvido.

No entanto, o número reduzido de cidades vizinhas reflete a situação de marginalidade da zona de fronteira em relação às principais correntes de povoamento da América do Sul, concentradas na orla Atlântica e nos altiplanos andinos. A localização geográfica das cidades vizinhas decorre de diversos fatores, entre eles, a disposição dos eixos de circulação terrestre sul-americanos, a densidade do povoamento (caso da Bacia

Amazônica), a presença de grandes obstáculos físicos (caso da Cordilheira Andina) e a história econômico-territorial da zona de fronteira (importante nos Arcos Central e Sul). Como é de se esperar, o predomínio de vias fluviais como linha divisória, embora não seja fator impeditivo para o aparecimento de cidades geminadas, inibe em muitos casos seu potencial de crescimento (BRASIL, 2005b). O predomínio de linhas de fronteira fluviais exigiu e exige até hoje dos países limítrofes disposição política e investimentos importantes na construção de pontes e estradas que facilitem e promovam a articulação e a integração sul-americana.

A partir destas diversidades, conceber políticas públicas dirigidas às fronteiras internacionais torna-se problemático por envolver interesses, elementos espaciais e legislações de países distintos. Uma forma de tratar os fluxos de bens, capitais e pessoas que caracterizaram esses espaços e sua paisagem peculiar é a noção de zona de fronteira. Grosso modo, a zona de fronteira é composta pelas ‘faixas’ (conforme demonstrado no quadro acima) territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que, embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, só perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças. Na escala local/regional, o meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades-gêmeas. Estes adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infra-estrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

Para Gonzáles (2005) o alcance dos efeitos de fronteira (ou proximidade) pode variar em função do grau de integração da zona desta com redes de maior amplitude, capazes de conectá-la a diversos pontos do território nacional. Fato é que, no caso brasileiro, observa-se em geral um decréscimo da densidade das redes à medida que nos aproximamos das fronteiras.

Em suma, a fronteira é uma zona ou área que apresenta duas características básicas no que se refere aos processos saúde/doença que aí se estabelecem: a) ela é o lugar de entrada ou saída de pessoas e mercadorias que permitem o intercâmbio e a difusão dos agentes patogênicos entre países; b) é uma área ou zona com características particulares, onde os habitantes dos países vizinhos vivem os efeitos de proximidade, gerando comportamentos particulares.

A importância do fortalecimento imediato da integração das fronteiras refere-se a sua competência no desenvolvimento da capacidade reguladora do sistema, do controle sobre seus custos e da indução de ondas de desenvolvimento econômico e social regional.

Segundo Costa, Gallo, Moraes (2004) os municípios de fronteira do Brasil apresentam grandes dificuldades em prover atenção integral à saúde, pela falta de recursos humanos especializados, pela insuficiência de equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade e pela distância entre os municípios e os centros de referências. Essas dificuldades são para os autores as principais justificativas para a efetivação da integração nas fronteiras. As populações de fronteira também têm enfrentado dificuldades em acessar com integralidade o sistema. Foram observadas iniquidades na distribuição de recursos, pelo fato da organização do sistema de referência e contra-referência estar impossibilitada por barreiras físico-políticas a serem ainda transpostas. Também os programas de imunização ficam prejudicados pela falta de articulação com o país vizinho, ou seja, com a cidade estrangeira vizinha, aonde a precariedade da qualidade de vida da maior parte da população fronteiriça traz impactos para a saúde. Um exemplo para ilustrar esta situação foi relatada pelo gestor municipal de saúde do município de Quaraí – RS, relatando ter que encaminhar pacientes para Santa Maria – RS, Santana do Livramento – RS, percorrendo até mais de duzentos e cinquenta quilômetros (250Km), quando no município estrangeiro vizinho, no caso Artigas - UY, a fica menos de cinco quilômetros (5Km), e é só atravessar a ponte.

Assim, as características do setor de saúde e as vulnerabilidades da população de fronteira evidenciam a urgência da criação de uma política externa articulada, integrada uma vez que, quando o município vizinho é também de país vizinho, com barreiras diplomáticas, legais, econômicas e sociais faz-se necessário interpor um planejamento conjunto.

Estas mesmas dificuldades também são observadas nos países que fazem fronteiras com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, em ambas as cidades dos respectivos países os quais fazem divisas, na busca de possuir um melhor atendimento na oferta de ações e serviços de saúde. Essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para prefeitos e gestores de saúde dos municípios brasileiros, assim como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública.

Na prática, muitos desses municípios de fronteiras, marcados pela pobreza e escassez de serviços, têm como solução única para supervisionar bens e serviços sociais, a

união com os municípios e equivalentes vizinhos, sendo eles ou não do mesmo país. A questão é que, como não há base legal para essa parceria, ações informais acabam sendo a solução disponível para a assistência local, o que gera distorções diversas aos sistemas, dentre elas, fragilidade de financiamento, sobrecarga sobre os recursos humanos, tecnológicos e financeiros dos municípios “exportadores líquidos” de ações de saúde, má qualidade dos sistemas de informação e dificuldade de monitorar a qualidade e eficiência das ações desses acordos informais, para citar somente alguns problemas (COSTA; GALLO; MORAES, 2004).

A integração de ações em saúde na fronteira, portanto, deve ser planejada buscando soluções para resolver estes problemas no nível jurídico e operacional. Segundo estes autores esta integração poderá fortalecer o poder desenvolvimentista do Estado, em especial na região fronteira, em função do poder de compra, podendo assim reverter as condições da população pela elevação do poder aquisitivo.

Desta maneira, para que haja esta integração da saúde nas fronteiras, o Ministério da Saúde propôs a criação do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL (SIS-MERCOSUL), atualmente denominado Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras) legalmente criado em junho de 2005, como proposta de integração da oferta de serviços prestados, racionalizando a organização e a utilização dos recursos referentes à atenção à saúde na fronteira. O objetivo é melhorar a qualidade de vida ao racionalizar a oferta otimizando a infra-estrutura instalada em seu espaço de cobertura (COSTA; GALLO; MORAES, 2004).

Essa solução conjunta é factível na área da saúde uma vez que:

- a) doenças comunicáveis e desastres naturais não respeitam fronteiras (PAHO, 2002);
- b) estruturas de média e alta complexidade demandam organização de entrada e escala de uso;
- c) diferenciações no padrão de qualidade e no escopo da atenção ofertada estimulam migrações para uso de serviços vizinhos;
- d) utilização dos serviços por parte das populações estrangeiras à nação ofertante, representada pelo fluxo informal da demanda, geram sub-registros e dificuldade de planejamento das ações;
- e) peculiaridades das fronteiras, como, por exemplo, a magnitude da população móvel marcada pelo tráfico, prostituição, contrabandos, deslocamento de caminhoneiros, impactam substancialmente a saúde da população; e
- f) o caráter de intersetorialidade da saúde torna-a afeta ao desenvolvimento e à qualidade da infra-estrutura de demais setores (saneamento, educação, condições de trabalho, voz política, etc) (COSTA; GALLO; MORAES, 2004, p. 43).

De acordo com esta vulnerabilidade apresentada pelo contexto das fronteiras e as características do setor saúde, torna-se evidente que há, em particular para essas populações fronteiriças, urgência de uma política externa mais articulada, e um de planejamento integrado de políticas públicas na área da saúde.

1.2 DELIMITAÇÃO DE FRONTEIRA: ASPECTOS LEGAIS E GEOGRÁFICOS

O estabelecimento das fronteiras políticas internacionais constitui-se freqüentemente de três etapas: a) a delimitação, que consiste na fixação dos limites através de tratados internacionais; b) a demarcação, que é a implantação física dos limites, por meio da construção de marcos em pontos determinados; c) a densificação ou caracterização, etapa na qual se realiza o aperfeiçoamento sistemático da materialização da linha divisória, mediante intercalação de novos marcos, com o objetivo de torná-los cada vez mais intervisíveis (STEIMAN, 2002).

No Brasil, todas as fronteiras já estão delimitadas (ANEXO F – Legislação vigente sobre fronteira no período de 1980/2003), o trabalho de demarcação e caracterização é realizado por duas comissões bilaterais demarcadoras de limites. Uma comissão é responsável pelas fronteiras setentrionais, com a Guiana Francesa, o Suriname, a Guiana, a Venezuela, a Colômbia e o Peru, com sede em Belém - PA. A outra comissão é responsável pelos trabalhos nas fronteiras meridionais com a Bolívia, o Paraguai, o Uruguai e a Argentina, com sede no Rio de Janeiro – RJ (STEIMAN, 2002).

A Faixa de Fronteira brasileira foi definida como área geográfica com regime jurídico particular pela Lei 601, de 18 de setembro de 1890, definindo uma faixa de dez léguas, que correspondem a sessenta e seis quilômetros (66Km), ao longo do limite do Território Nacional, cujas terras devolutas poderiam ser concebidas pela União. Após um ano, com a primeira Constituição da República, delegava-se aos Estados o poder sobre essas terras situadas nos respectivos territórios, cabendo à União somente a porção do território que fosse indispensável para defesa das fronteiras, fortificações, construções militares e estradas de ferro federais (BRASIL, 2005).

A partir da década de 1930, a delimitação da Faixa de Fronteira foi sofrendo alterações, foi ampliada de sessenta e seis quilômetros (66 Km) para cem

quilômetros (100 Km) e, mais tarde, passou a compreender cento e cinquenta quilômetros (150 Km) de extensão, medida prevalecente até os dias atuais.

A Constituição de 1934 amplia e delimita a faixa de fronteira para cem quilômetros paralelos às fronteiras brasileiras. Dentro da faixa, nenhuma concessão de terras ou de vias de comunicação poderia ser feita sem a audiência prévia do Conselho Superior de Segurança Nacional, cuja criação está prevista na mesma carta constitucional. Este órgão é equivalente ao atual Conselho de Defesa Nacional, responsável por garantir o predomínio de capitais e trabalhadores nacionais na faixa de fronteira, além de determinar as ligações interiores necessárias à defesa das zonas servidas pelas estradas de penetração (STEIMAN, 2002).

Já a Constituição de 1937, amplia a Faixa de Fronteira de cem para cento e cinquenta quilômetros. Mas ainda mantém as regras de concessão e utilização da terra, assim como o predomínio de brasileiros na exploração econômica nestas áreas. Porém, com o Decreto – Lei 1164/1939, foi criada a Comissão Especial de Revisão da Concessão de Terras pelos Estados e municípios na Faixa de Fronteira, com o objetivo de corrigir as irregularidades existentes na concessão das terras. Logo após foi aprovado outro Decreto-Lei 1968/1940 no qual ampliaram-se as atribuições desta comissão para além da revisão de concessão de terras (STEIMAN, 2002).

A Constituição de 1946 mantém os critérios anteriores para as zonas indispensáveis à defesa nacional e acrescenta a obrigatoriedade da nomeação dos prefeitos, pelos governadores dos Estados ou dos territórios, dos municípios que a lei federal, mediante parecer do Conselho de Segurança Nacional, declarar bases ou portos militares de excepcional importância para a defesa externa do País (STEIMAN, 2002).

Em 1955, a Lei nº 2597/55 define as zonas indispensáveis à defesa nacional, mantendo entre elas a Faixa de Fronteira de cento e cinquenta quilômetros como zona de segurança e estabelece que a União deve aplicar anualmente sessenta por cento (60%) de sua arrecadação (na faixa), especificamente em: viação e obras públicas; ensino, educação e saúde; desenvolvimento da lavoura e da pecuária. Para obter os recursos, as prefeituras deveriam submeter seus planos à Comissão Especial da Faixa de Fronteira (CEFF) que, por sua vez, deveria solicitar que esses recursos fossem previstos no Orçamento da União. A lei ainda estabelecia que, para a realização de obras públicas da competência dos municípios da faixa, a União se responsabilizaria com 50% do custo. Assim foi criado o Programa de Auxílio Financeiro aos Municípios da Faixa de Fronteira (PAFMFF), com os objetivos de “proporcionar condições mínimas de sobrevivência às populações fronteiriças, impedir o

êxodo rural, difundir o sentimento de patriotismo abalado pela ausência do poder público nos pontos mais remotos do território nacional, e reduzir as desvantagens em relação às outras populações lindeiras” (BRASIL, p. 175, 2005b).

Os principais instrumentos legais que definem e regulamentam a ocupação da faixa de fronteira são, até hoje, a Lei 6.634, de 02 maio de 1979 e o Decreto 85.064, de 26 de agosto de 1980 que, em seu Art.1º, considera como “indispensável à Segurança Nacional a faixa interna de cento e cinquenta quilômetros (150 Km) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, que será designada como Faixa de Fronteira” (BRASIL, Lei nº 6.634, 1979). Essa lei estabelece também uma série de restrições ao uso da terra e à realização de uma série de atividades na Faixa, salvo com o consentimento prévio do Conselho de Segurança Nacional, especificadas no seu Art. 2º:

- I - Alienação e concessão de terras públicas, abertura de vias de transporte e instalação de meios de comunicação destinados à exploração de serviços de radiodifusão de sons ou radiodifusão de sons e imagens;
- II - Construção de pontes, estradas internacionais e campos de pouso;
- III - Estabelecimento ou exploração de indústrias que interessem à Segurança Nacional, assim relacionadas em decreto do Poder Executivo;
- IV - Instalação de empresas que se dedicarem às seguintes atividades:
 - a) pesquisa, lavra, exploração e aproveitamento de recursos minerais, salvo aqueles de imediata aplicação na construção civil, assim classificados no Código de Mineração;
 - b) colonização e loteamento rurais;
- V - Transações com imóvel rural, que impliquem a obtenção, por estrangeiro, do domínio, da posse ou de qualquer direito real sobre o imóvel;
- VI - Participação, a qualquer título, de estrangeiro, pessoa natural ou jurídica, em pessoa jurídica que seja titular de direito real sobre imóvel rural [...] (BRASIL, Lei nº 6.634, 1979).

Com relação às empresas que se dedicarem às indústrias ou atividades previstas nos itens III e IV do artigo 2º estas deverão, obrigatoriamente, satisfazer às seguintes condições:

- I - Pelo menos 51% (cinquenta e um por cento) do capital pertencer a brasileiros;
 - II - Pelo menos 2/3 (dois terços) de trabalhadores serem brasileiros; e
 - III - Caber a administração ou gerência a maioria de brasileiros, assegurados a estes os poderes predominantes.
- Parágrafo único - No caso de pessoa física ou empresa individual, só a brasileiro será permitido o estabelecimento ou exploração das indústrias ou das atividades referidas neste artigo (BRASIL, Lei nº 6.634, Art 3º, 1979).

Com a Constituição de 1988, a fronteira aparece em quatro artigos sem, no entanto, haver alteração significativa das normas já estabelecidas pela lei anterior. O Artigo 20 reforça que as terras devolutas indispensáveis à defesa das fronteiras são bens da União. A Faixa de Fronteira compreende de cento e cinquenta quilômetros (150 Km) de largura, ao longo das fronteiras terrestres, fundamentais para defesa do território nacional e para sua ocupação e utilização e deverão ser reguladas por leis. Já o Artigo 21 refere-se às competências da União que são não apenas de execução dos os serviços de polícia de fronteira, como também a exploração direta ou mediante autorização, concessão ou permissão, dos serviços de transporte ferroviário e aquaviário entre portos brasileiros e fronteiras nacionais que transponham os limites do Estado ou território. O artigo 91 delega ao Conselho de Defesa Nacional, órgão de consulta do Presidente da República, sobre assuntos relacionados à soberania nacional e defesa do Estado, a tarefa de "propor critérios e condições de utilização de áreas indispensáveis à segurança do território nacional e opinar sobre seu efetivo uso, especialmente na faixa de fronteira e nas relacionadas com a preservação e a exploração dos recursos naturais de qualquer tipo" (BRASIL, Art. 91, inciso III, p. 66, 2001). O artigo 176 estabelece condições específicas para a pesquisa e exploração dos recursos minerais do subsolo e aproveitamento de seus potenciais quando essas atividades se desenvolverem em faixa de fronteira ou em terras indígenas. A realização destas atividades deve ser, contudo, autorizadas ou concedidas pela União (BRASIL, 2001).

Atualmente, a Faixa de Fronteira e seu desenvolvimento estão a cargo da Secretaria de Programas Regionais do Ministério da Integração Nacional, através do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. A faixa de fronteira brasileira está delimitada por uma macrodivisão em três grandes Arcos: O primeiro é o Arco Norte, compreendendo a Faixa de Fronteira dos Estados do Amapá, Pará, Amazonas e os Estados de Roraima e Acre (totalmente situados na faixa de fronteira). O segundo é o Arco Central, que compreende a Faixa de Fronteira dos Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. O terceiro é o Arco Sul, que inclui a fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o qual corresponde ao universo deste trabalho (BRASIL, Ministério da Integração Nacional, 2005). (ANEXO G – Marcos e Sub-regiões da Faixa de Fronteira).

Como vimos, a definição do tamanho da faixa de fronteira não teve sempre o mesmo marco jurídico-institucional que trata das áreas de fronteira. Este sofreu, ao longo dos anos, diversas mudanças por conta das novas realidades e também pelas orientações das próprias políticas públicas de cada período histórico. Numa perspectiva histórica, vê-se que os países limítrofes da América do Sul aplicaram regimes específicos às áreas de fronteiras de

acordo com os seus regimes políticos, no caso as ditaduras militares. Assim, as áreas de fronteiras eram concebidas como zonas ou faixas de segurança nacional a serem protegidas de inimigos externos. Como exemplo disso, podemos considerar, por exemplo, no Estado do Rio Grande do Sul, a localização dos “Exércitos Militares”, concentrada na região de fronteira.

Esta concepção restringiu ou inibiu, de certa forma, a implementação de projetos de integração localizados nessas zonas de fronteiras. Ainda restam resquícios desta concepção de área de fronteira, como área de defesa de limites territoriais, rígida e isolante de controle e proteção. Mas atualmente, a zona de fronteira vem sendo concebida como espaço de integração econômica e política entre as nações, propondo estratégias de desenvolvimento através de ações conjuntas entre os países vizinhos. É nesse contexto que se situa a proposta a integração de ações em saúde na região de fronteira.

No caso do Brasil, é comum identificar os municípios fronteiriços com base na definição constitucional de faixa de fronteira fundamentada na defesa do território. Esta área compreende 27% do território nacional, perfazendo um total de 588 municípios, os quais apresentam situação geográfica distinta em relação à linha de fronteira. De modo geral, podem ser classificados em dois grandes grupos, os lindeiros e os não-lindeiros. No grupo dos municípios lindeiros existem três casos:

- a) aqueles em que o território do município faz limite com o país vizinho e sua sede se localiza no limite internacional, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semiconurbação com uma localidade do país vizinho (cidades-gêmeas); b) aqueles cujo território faz divisa com o país vizinho, mas cuja sede não se situa no limite internacional; e c) aqueles cujo território faz divisa com o país vizinho, mas cuja sede está fora da Faixa de Fronteira (BRASIL, p. 11, 2005b).

O grupo dos municípios não-lindeiros, ou seja, aqueles localizados na retaguarda da faixa pode ser dividido em dois subgrupos: a) aqueles com sede na Faixa de Fronteira; e b) aqueles com sede fora da Faixa de Fronteira. (ANEXO H – Mapa município lindeiros).

Esta proximidade das faixas de fronteira de ambos os países, ou seja, a divisa nacional com o território municipal e o país vizinho, compreende a linha de fronteira. A linha de fronteira Brasil com o MERCOSUL, conforme apresenta a tabela 1, é composta da seguinte forma:

Tabela 1 – Projeções de população e municípios brasileiros na Fronteira MERCOSUL

	Nº de Municípios*	População**
Estados Brasileiros		
Mato Grosso do Sul	12	275.269
Paraná	9	409.083
Rio Grande do Sul	29	698.880
Santa Catarina	10	70.787
País limítrofe		
Argentina	29	404.185
Paraguai	21	684.307
Uruguai	10	365.482
Porte populacional do município brasileiro		
Até 50 mil habitantes	53	591.319
De 50 até 100 mil habitantes	4	325.242
Mais de 100 mil habitantes	3	537.413
Total	60	1.453.974

Fonte: Castro et al. (2004) *Relação de municípios obtida em < [http:// www.MERCOSUL.gov.br/textos/](http://www.MERCOSUL.gov.br/textos/) > e ** dados populacionais de projeção para 2004 obtidos em < <http://www.datasus.gov.br>>.

Apenas três municípios da linha de fronteira têm mais de cem mil habitantes: Foz do Iguaçu – PR, Bagé - RS e Uruguaiana – RS.

2 MERCOSUL E O DIREITO À SAÚDE NOS ACORDOS E TRATADOS BILATERAIS E MULTILATERAIS

2.1 BREVE CONTEXTO DO MERCOSUL

O Mercosul tem como antecedentes relevantes a constituição do processo de implementação deste bloco econômico a criação da Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC), em 1960, com sua sucessão pela Associação Latino-Americana de Integração (ALADI), em 1980, e o processo de integração entre Brasil e Argentina, iniciado com a assinatura da Ata para a Integração Argentino-Brasileira, em 1986 (MERCOSUL, 2006a).

O Mercado Comum do Sul, ou MERCOSUL é um projeto de integração econômica, que vem tomando força desde 1980¹⁰, pois desde 1940 já existiam formas de integração entre estes países. Em 1991 houve a primeira conformação institucional, com o Tratado de Assunção, que perseverou o processo de unificação dos mercados da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai, fixando as metas, os prazos e os instrumentos para a sua construção.

Este processo de integração econômica é um conjunto de medidas de caráter econômico que têm por objetivo promover a aproximação e a união entre as economias dos países membros, com o objetivo de obter-se a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países membros através da eliminação de direitos alfandegários e de restrições não-tarifárias vigentes no comércio recíproco (BRASIL, 1991).

O MERCOSUL pretendia ser, antes de tudo, uma zona de livre-comércio¹¹, que é a primeira etapa das diferentes formas de integração entre dois ou mais países. Essa zona de livre-comércio, significa a livre circulação de mercadorias nos territórios dos países membros. A criação de uma zona de livre comércio é uma iniciativa que pode não culminar na formação de um mercado comum, visando basicamente à redução de restrições para a circulação de mercadorias entre os países. Uma zona de livre comércio ocorre, portanto,

¹⁰ Mais informações sobre ver texto sobre Cronologia do Mercosul (1985 – 1999).

¹¹ “Uma Zona de Livre Comércio é a etapa de integração em que são eliminadas todas as barreiras ao comércio entre os membros do grupo. A União Aduaneira é a etapa de integração em que, além do livre comércio entre os membros do grupo, existe a aplicação de uma Tarifa Externa Comum (TEC) ao comércio com terceiros países. No Mercado Comum, além da TEC e do livre comércio de bens, existe a livre circulação de fatores de produção (capital e trabalho)” (MERCOSUL, 2006).

quando dois ou mais países acordam entre si a retirada do imposto de importação dos produtos que comercializam entre eles, mantendo a autonomia dos mesmos no que se refere aos impostos de importação para produtos provenientes dos países externos à zona.

No entanto, em 1994, o Protocolo de Ouro Preto, confirma uma visão gradualista do processo de integração, ao reconhecer a importância dos avanços alcançados durante a fase de transição de 1991 e 1994 e da implantação da união aduaneira, como etapa para a construção de um mercado comum. Portanto, este Protocolo estabeleceu a estrutura institucional do MERCOSUL com o intuito de formar um mercado único, para aprofundar as relações comerciais, não modificando os objetivos básicos definidos no Tratado de Assunção de estabelecer uma política comercial conjunta entre os países membros em relação a terceiros países, o que implica na definição de uma tarifa externa comum, conformando uma união aduaneira, isto é, um grupo de países dotados de uma mesma estrutura tarifária em relação a terceiros países, ou seja, a definição de um mesmo imposto de importação para produtos provenientes de outros países. Assim, os países membros abrem mão da competência de fixarem unilateralmente os níveis tarifários, em prol da uniformização para todos, do imposto a ser cobrado sobre os bens provenientes dos países não membros.

O MERCOSUL teve seus enunciados e mecanismos de ação direcionados e limitados à constituição de uma União Aduaneira. A integração de mercados é um processo de maior complexidade, articulado ao desenvolvimento econômico e social, no nível global e, por isso mesmo, tem de responder a uma diversidade maior de interesses dos países envolvidos. A transformação do MERCOSUL de uma União Aduaneira em um mercado comum, entendido como ápice de um processo de integração, não é um dado automático, mas sim, pode resultar das estratégias políticas e da pressão dos segmentos sociais diretamente afetados.

No Tratado de Assunção (1991) é estabelecida a criação de dez Subgrupos de Trabalho para coordenar as políticas macroeconômicas e setoriais. Atualmente existem quatorze Subgrupos de Trabalho¹², sendo que o Subgrupo de Trabalho nº. 11 – Saúde Mercosul foi criado em 1998, o qual abordaremos mais adiante no trabalho.

O MERCOSUL é reconhecido como de personalidade jurídica de Direito Internacional e tem como estrutura definida os seguintes órgãos¹³:

¹² Comunicações, Aspectos Institucionais, Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade, Assuntos Financeiros, Transportes, Meio Ambiente, Indústria, Agricultura, Minas e Energia, Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social, Saúde, Investimentos, Comércio Eletrônico, e Acompanhamento da Conjuntura Econômica e Comercial.

¹³ Ver ANEXO I – Organograma MERCOSUL

a) O Conselho do Mercado Comum (CMC): é o órgão superior do MERCOSUL ao qual incumbe a condição política do processo de integração e tomada de decisões para assegurar o cumprimento dos objetivos estabelecidos pelo Tratado de Assunção – integrado pelos ministros Relações Exteriores e da Economia dos países membros; b) Grupo Mercado Comum (GMC): é o órgão executivo do MERCOSUL – coordenado por representantes dos ministérios das Relações Exteriores, da Economia e dos Bancos Centrais de cada país; c) Comissão de Comércio do MERCOSUL (CCM): é o órgão encarregado de assistir o Grupo Mercado Comum zelando pela aplicação dos instrumentos de política comercial comum – integrado por quatro membros titulares e quatro alternos de cada país; d) Comissão Parlamentar Conjunta (CPC): é o órgão representativo dos Parlametos dos Estados Partes no âmbito do MERCOSUL; e) Foro Consultivo Econômico-Social (FCES): 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 pela prestação de serviços aos demais órgãos do MERCOSUL. Tem sua sede permanente na cidade de Montevidéu – UY (PROTOCOLO DE OURO PRETO, 1996, p. 91 -96).

Todas as decisões dos órgãos do MERCOSUL deverão ser tomadas por consenso e com a presença de todos os Estados Partes. Terão caráter obrigatório e deverão ser, quando necessário, incorporadas aos ordenados jurídicos de cada país. Em relação ao orçamento para cobrir os gastos de seu financiamento e aqueles determinados pelo GMC, devem ser financiados em partes iguais, por contribuições de cada país membro.

Desde a constituição do MERCOSUL, houve outros países associados: Bolívia e Chile, em 1996, adesão do Peru em 2003, atribuição da Colômbia, do Equador e da Venezuela em 2004.

Segundo o Tratado de Assunção (1991), em especial no Capítulo I, onde são tratados os propósitos, princípios e instrumentos, não há qualquer menção a respeito do compromisso dos Estados Partes com relação às políticas sociais em específico, apenas menciona-se sobre a ampliação dos mercados nacionais, através da integração entre países buscando acelerar o processo de desenvolvimento econômico com justiça social, a fim de melhorar as condições de vida dos seus habitantes. Porém não sabemos se podemos considerar esta preocupação com o bem-estar das pessoas em se tratando de direitos garantidos em princípios legais.

Como já abordamos no Protocolo de Ouro Preto (1996), foi criado o Foro Consultivo Econômico-Social (FCES), órgão de representação dos setores econômicos e sociais, que tem como função consultiva e manifesta discutir sobre o processo econômico e social provenientes. Segundo Junior (2002 apud PEDROSO, 2004) apesar do caráter

consultivo do FCES, necessitando de regulamentações, ser ainda o local apropriado para ensejar discussões sociais, porém isso não permite afirmar a abrangência social do MERCOSUL.

Fizemos uma breve contextualização sobre o que é o MERCOSUL, porém não discutimos as questões relacionadas aos blocos econômicos articulados com a globalização na concepção neoliberal. No entanto sabemos que as prioridades das políticas sociais estão vinculadas a esta discussão, mas conforme delimitação do nosso estudo essa abordagem seria muito extensa.

Contudo mesmo que as políticas sociais sejam ainda objeto de discussão incipiente para o MERCOSUL elas se fazem necessárias para a manutenção e desenvolvimento da integração. Segundo Pedroso (2004) a integração regional requer vistas ao que proporciona -circulação de pessoas, bens e serviços, relações sociais que se estabelecem, etc – visto que gera novas necessidades no cotidiano dos cidadãos dos países signatários do MERCOSUL.

Esta discussão é ainda mais pertinente quando pensamos nos municípios de fronteira do Brasil, os quais têm grande dificuldade em prover atenção integral à saúde, pela falta de recursos humanos especializados, pela insuficiência de equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade, e pela distância entre os municípios e os centros de referências e problemas de saúde pública pelo fluxo de estrangeiros no Brasil.

O MERCOSUL já vem trilhando algumas medidas de ordem social, em especial na área da saúde. Neste capítulo iremos apresentar os acordos já estabelecidos na saúde e a proposta do Sistema Integrado de Fronteiras (SIS Fronteiras), porém este processo é ainda muito incipiente e caminha a passos miúdos além de suportar a morosidade burocrática.

2.2 ACORDOS BILATERAIS E MULTILATERAIS

Diante de uma sociedade globalizada e em face da ampliação das relações internacionais e a dependência que se formam entre os países faz-se necessário que haja uma uniformização das leis. Assim, emergem os tratados, também conhecidos como convenções internacionais. Estes tratados significam um acordo concluído entre Estados e deverão ter forma escrita e serem regulados pelo Direito Internacional.

Segundo a definição da Convenção de Viena do Direito dos Tratados, de 1969, tratado internacional é "um acordo internacional concluído por escrito entre Estados e regido pelo Direito Internacional, quer conste de um instrumento único, quer de dois ou mais instrumentos conexos, qualquer que seja sua denominação específica" (CONVENÇÃO DE VIENA, Art.2, 1969). O objetivo desta convenção foi precisamente o de reconhecer o direito das organizações internacionais de firmar tratados e convenções.

O Mercosul dispõe de personalidade jurídica de direito internacional desde a assinatura do Protocolo de Ouro Preto (PROTOCOLO DE OURO PRETO, Artigo 34, 1996), que também estabelece o compromisso dos Estados Partes de adotar todas as medidas necessárias para assegurar o cumprimento das normas do Mercosul em seus respectivos territórios (PROTOCOLO DE OURO PRETO Artigo 38, 1996). O sistema de tomada de decisões no Mercosul é intergovernamental (e não supranacional, como no caso da União Européia), tornando necessária a incorporação das normas aprovadas no ordenamento jurídico de seus Estados Partes. O ato de incorporação dessas normas deverá ser comunicado à Secretaria Administrativa do Mercosul (MERCOSUL, 2006).

Segundo Aquino (2004), a denominação bilateral corresponde ao tratado se somente existirem duas partes e, multilateral ou coletivo, em todos os outros casos, ou seja, se igual ou superior a três pactuantes. Assim há dois tipos de tratados: o primeiro diz respeito aos tratados-leis que são geralmente celebrados entre muitos Estados com o objetivo de fixar as normas de Direito Internacional. As convenções multilaterais como as de Viena são um exemplo deste tipo de tratado. O segundo tipo seriam os tratados-contratos que procuram regular interesses recíprocos dos Estados, isto é, buscam regular interesses recíprocos e são geralmente de natureza bilateral, mas, existem diversos exemplos de tratados multilaterais restritos.

Os instrumentos mais comuns para expressar a concordância dos Estados-membros sobre temas de interesse internacional são acordos, tratados, convenções, protocolos, resoluções, estatutos, memorando de entendimento, entre outros. Segue definidos os conceitos:

a) **Tratado:** a expressão Tratado foi escolhida pela Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados de 1969, como termo para designar, genericamente, um acordo internacional, qualquer que seja sua denominação específica. Tratado seria o ato bilateral ou multilateral ao qual se deseja atribuir especial relevância política. Nessa categoria se destacam, por exemplo, os tratados de paz e amizade, tratados de amizade e cooperação. b) **Convenção:** normalmente reserva-se o termo Convenção a

atos multilaterais, oriundos de conferências internacionais e versando assunto de interesse geral. Exemplos: as convenções de Viena sobre relações diplomáticas, relações consulares e direito dos tratados; c) **Acordos:** são os atos bilaterais ou multilaterais com reduzido número de participantes e importância relativa, de natureza política, econômica, comercial, cultural, científica e técnica; d) **Ajuste ou acordo Complementar:** é o ato que dá execução a outro, anterior, devidamente concluído. Em geral, são colocados ao abrigo de um acordo-quadro ou acordo-básico; e) **Acordo por trocas de Notas:** emprega-se troca de notas diplomáticas para assuntos de natureza administrativa, bem como para alterar ou interpretar cláusulas de atos já concluídos; f) **Memorando de Entendimento:** termo utilizado para atos de forma bastante simplificada, destinados a registrar princípios gerais que orientarão as relações entre as Partes, seja nos planos político, econômico, cultural ou em outros; g) **Protocolo:** é um termo usado nas mais diversas acepções, tanto para acordos bilaterais, quanto para multilaterais. Aparece designando acordos menos formais que os tratados, ou acordos complementares ou interpretativos de tratados ou convenções anteriores. É utilizado ainda para designar a ata final de uma conferência internacional. Tem sido usado, na prática diplomática brasileira, preferivelmente sob a forma de "protocolo de intenções"; h) **Protocolo de intenções:** é um ato de menor hierarquia que não encerra um acordo de vontades, mas apenas um início de compromisso. i) **Concordata:** possui, no direito dos tratados, significação singular. Esse nome é estritamente reservado ao tratado bilateral em que uma das partes é a Santa Sé; j) **Convênio:** seu uso está relacionado a matérias sobre cooperação multilateral de natureza econômica, comercial, cultural, jurídica, científica e técnica, o Convênio de Integração Cinematográfica Ibero-Americana (BRASIL, 2006).

Mas em qualquer destes, o ato internacional deve ser formal, com teor definido por escrito, regido pelo Direito Internacional e que as partes contratantes são necessariamente pessoas jurídicas de Direito Internacional Público, em que busca-se perceber o nível ou grau das relações de direito público internacional.

No Brasil, o ato internacional necessita, para a sua conclusão, da colaboração dos Poderes Executivo e Legislativo. Segundo a CF, “celebrar tratados, convenções e atos internacionais é competência privativa do Presidente da República” (BRASIL, art. 84, inciso VIII, 2001, p. 62), embora estejam sujeitos ao referendo do Congresso Nacional, a quem cabe, ademais, “resolver definitivamente sobre tratados, acordos e atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional” (BRASIL, Art. 49, inciso I, 2001, p. 48).

Também a CF vigente não concede o direito dos Estados-membros da Federação de concluir acordos. Cabe à União, "manter relações com Estados estrangeiros e participar de organizações internacionais" (BRASIL, Art. 21, inciso I, 2001, p. 28). Com isso, se um Estado federado ou município deseja concluir com Estado estrangeiro algum tipo de acordo ou unidade dos mesmos que possua poder de concluir tratados, deverá ser feito pela

União, com a intermediação do Ministério das Relações Exteriores, decorrente de sua própria competência legal.

Desta forma apresentaremos um breve estudo sobre a forma que se encontra pontuado o direito à saúde nas legislações internacionais, visto que estamos tratando do direito à saúde na área de fronteira internacional.

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁴ (DUDH) de 1948, Art. 3 “toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. Já o Art. 25, trata em específico do direito à saúde:

- 1) Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
- 2) A maternidade e a infância tem direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora de matrimônio, gozarão da mesma proteção social (DUDH, 1948).

A DUDH, também preceitua a liberdade de ir e vir, considerada pertinente por abordarmos o fluxo de entrada e saída de estrangeiros do território nacional para o território estrangeiro vizinho. Assim, segundo o Art. 13, toda pessoa tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado e o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar. Já os Arts. 14 e 27 abordam a liberdade de locomoção e residência em caso de perseguição que não seja motivada por crimes de direitos comuns ou por atos contrários aos propósitos e princípios das Nações Unidas. Neste caso, as pessoas têm o direito de procurar e gozar asilo em território estrangeiro de acordo com a legislação de cada país e com as convenções internacionais.

Também menciona a garantia dos direitos econômicos, sociais e culturais:

Art. 22. Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade (DUDH, 1948).

¹⁴ Adotada e proclamada pela Resolução nº 217-A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10/12/1948 e assinada pelo Brasil em 10/12/ 1948.

Outro aspecto importante refere-se ao direito de nacionalidade, segundo o Art. 15 “toda pessoa tem direito a uma nacionalidade e ninguém será arbitrariamente privado de sua nacionalidade, nem do direito de mudar de nacionalidade”.

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966¹⁵, menciona a saúde preceituando:

Art. 12 - 1). Os Estados-Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. 2) As medidas que os Estados-Partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento sã das crianças.
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em casos de enfermidade (PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS E SOCIAIS, 1966).

Neste Pacto, também aparece, no Art. 20, o direito à nacionalidade, todas as pessoas têm direito a uma nacionalidade, sendo esta no território em que houver nascido, se não tiver direito à outra. Porém ninguém deve privar-se arbitrariamente de sua nacionalidade, nem sequer do direito de mudá-la.

Com relação ao direito de circulação e de residência, há várias ressalvas:

1. Toda pessoa que se encontre legalmente no território de um Estado tem o direito de nele livremente circular e de nele residir, em conformidade com as disposições legais.
2. Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio país.
3. O exercício dos direitos supracitados não pode ser restringido, senão em virtude de lei, na medida indispensável, em uma sociedade democrática, para prevenir infrações penais ou para proteger a segurança nacional, a segurança ou a ordem públicas, a moral ou a saúde públicas, ou os direitos e liberdades das demais pessoas.
4. O exercício dos direitos reconhecidos no inciso 1 pode também ser restringido pela lei, em zonas determinadas, por motivo de interesse público.
5. Ninguém pode ser expulso do território do Estado do qual for nacional e nem ser privado do direito de nele entrar.

¹⁵ Adotada pela Resolução nº 2.2000-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 19/12/1966 e ratificado pelo Brasil em 24/01/1992.

6. O estrangeiro que se encontre legalmente no território de um Estado-parte na presente Convenção só poderá dele ser expulso em decorrência de decisão adotada em conformidade com a lei.
7. Toda pessoa tem o direito de buscar e receber asilo em território estrangeiro, em caso de perseguição por delitos políticos ou comuns conexos com delitos políticos, de acordo com a legislação de cada Estado e com as Convenções internacionais.
8. Em nenhum caso o estrangeiro pode ser expulso ou entregue a outro país, seja ou não de origem, onde seu direito à vida ou à liberdade pessoal esteja em risco de violação em virtude de sua raça, nacionalidade, religião, condição social ou de suas opiniões políticas.
9. É proibida a expulsão coletiva de estrangeiros (PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS E SOCIAIS, Art. 22, 1966).

Já a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos¹⁶ (Pacto de San José Da Costa Rica) de 1969, no Capítulo III – *Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, apenas destaca em seu art. 26 que os Estados partes devem:

[...] comprometem-se a adotar as providências, tanto no âmbito interno, como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados.

Neste tratado não há qualquer objeção a respeito do direito de residência e nacionalidade.

A Declaração e Programa de Ação de Viena, de junho de 1993, trouxe avanços na discussão sobre os direitos humanos, pois reafirma o compromisso de todos os Estados em promover o respeito universal e a observância e proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de todas as pessoas, em conformidade com Carta das Nações Unidas, e outros instrumentos relacionados aos direitos humanos e o direito internacional.

Esta Declaração de Viena mundial sobre os direitos humanos coloca como fundamental a ampliação e fortalecimento da cooperação internacional na área dos direitos humanos, buscando empreender os esforços necessários para ajudar a aliviar a carga da dívida externa dos países em desenvolvimento, visando complementar os esforços dos Governos desses países para garantir plenamente os direitos econômicos, sociais e culturais de seus

¹⁶ Adotada e aberta à assinatura na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José da Costa Rica, em 22/11/1969 e ratificada pelo Brasil em 25/09/1992 (Pacto de San Jose da Costa Rica).

povos, sendo que a proteção e promoção da garantia deles são de responsabilidade dos governos (DECLARAÇÃO DE VIENA, 1993).

Com relação à ocupação estrangeira, a Declaração de Viena relata que devem ser adotadas medidas internacionais eficazes para garantir e monitorar a aplicação de normas de direitos humanos a povos submetidos a ocupação estrangeira, assim como medidas jurídicas eficazes contra a violação de seus direitos humanos.

Um elemento muito importante que traz este tratado é a preocupação em proteger os direitos humanos e não apenas garanti-los como instrumentos legais. Outro fator relevante é sua consideração desses direitos como universais, indivisíveis interdependentes e inter-relacionados, em que

A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. Embora particularidades nacionais e regionais devam ser levadas em consideração, assim como diversos contextos históricos, culturais e religiosos, é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais (DECLARAÇÃO DE VIENA, 1993).

Ainda o progresso e o desenvolvimento como facilitador da realização de todos os direitos humanos, e deixa claro que a falta de desenvolvimento não pode ser invocada como justificativa para se limitar os direitos humanos internacionalmente reconhecidos. A garantia dos direitos exige políticas eficazes de desenvolvimento em nível nacional, bem como relações econômicas equitativas e um ambiente econômico favorável em nível internacional. Os Estados devem também cooperar uns com os outros para garantir o desenvolvimento e eliminar obstáculos que o travem. “A comunidade internacional deve promover uma cooperação internacional eficaz visando à realização do direito ao desenvolvimento e à eliminação de obstáculos ao desenvolvimento” (DECLARAÇÃO DE VIENA, 1993).

Contudo, este direito de desenvolvimento deve ser realizado de modo a satisfazer equitativamente as necessidades ambientais e de desenvolvimento de gerações presentes e futuras. Todas as pessoas têm o direito de desfrutar dos benefícios deste desenvolvimento, pois a existência de situações generalizadas de extrema pobreza inibe o pleno e efetivo exercício dos direitos humanos. Percebemos a preocupação com o meio ambiente das gerações futuras como um avanço colocado por este tratado. Por último, esta declaração aponta que, tanto os direitos humanos quanto as liberdades fundamentais, devem

estar livres de todas as formas de racismo e discriminação racial, de xenofobia e de intolerância associadas a comportamentos do racismo, sendo esta uma tarefa prioritária de combate e prevenção para a comunidade internacional.

Cabe, contudo, aos Estados partes desses tratados, a responsabilidade de respeitar os direitos e liberdades neles reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição. E caso não haja disposições legislativas para a garantia do exercício dessas legislações cada Estado parte deve comprometer-se a adotar, de acordo com as suas normas constitucionais e com as disposições desta Convenção, as medidas legislativas ou de outra natureza que forem necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades.

No Brasil, com o Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, é criado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) com o objetivo de identificar os principais obstáculos à promoção e defesa dos direitos humanos no país; executar medidas de promoção e defesa desses direitos; implementar atos e declarações internacionais, com a adesão brasileira, relacionados com direitos humanos; reduzir condutas e atos de violência, intolerância e discriminação, com reflexos na diminuição das desigualdades sociais; e zelar pelos direitos e deveres previstos na Constituição, especialmente os dispostos em seu artigo 5º, em garantia da realização da plena cidadania (BRASIL, 1996).

Com relação aos estrangeiros, refugiados e migrantes brasileiros, este programa adota medidas de curto, médio e longo prazo.

- a) Curto prazo - desenvolver programa e campanha visando à regularização da situação dos estrangeiros atualmente no país; adotar medidas para impedir e punir a violência e discriminação contra estrangeiros no Brasil e brasileiros no exterior e propor projeto de lei estabelecendo o estatuto dos refugiados.
- b) Médio prazo - estabelecer política de proteção aos direitos humanos das comunidades estrangeiras no Brasil; estabelecer política de proteção aos direitos humanos das comunidades brasileiras no exterior.
- c) Longo prazo - reformular a Lei dos Estrangeiros, através da apreciação pelo Congresso do projeto de Lei n. 1.813/91, que regula a situação jurídica do estrangeiro no Brasil (BRASIL, 1996).

O PNDH busca também realizar medidas de apoio a organizações e operações de defesa dos direitos humanos no nível internacional tais como:

- Promover o intercâmbio internacional de experiências em matéria de proteção e promoção dos direitos humanos.

- Promover o intercâmbio internacional de experiências na área da educação e treinamento de forças policiais visando a melhor prepará-las para limitar a incidência e o impacto de violações dos direitos humanos no combate à criminalidade e à violência.
- Criar e fortalecer programas internacionais de apoio a projetos nacionais que visem à proteção e promoção dos direitos humanos, em particular da reforma e melhoria dos sistemas judiciários e policiais.
- Apoiar a elaboração do protocolo facultativo adicional à Convenção contra tortura e outros tratamentos, ou penas cruéis, desumanas ou degradantes.
- Fortalecer a cooperação com organismos internacionais de proteção aos direitos humanos, em particular a Comissão de Direitos Humanos da ONU, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos e o Instituto Interamericano de Direitos Humanos.
- Apoiar a elaboração da Declaração sobre os Direitos dos Indígenas, da ONU.
- Incentivar a ratificação dos instrumentos internacionais de proteção e promoção dos direitos humanos pelos países com os quais o Brasil possui relações diplomáticas.
- Desenvolver no País o Plano de Ação da Década para a Educação em Direitos Humanos, aprovado pela Organização das Nações Unidas em 1994 para o período 1995-2004 (PNDH, 1966).

Não temos, neste trabalho, como objetivo analisar estas medidas, apenas buscamos apresentar o direito à saúde nestes tratados internacionais, mencionando também o direito de nacionalidade, para conhecermos as jurisdições maiores que o Brasil ratifica, para posteriormente analisarmos o direito a saúde. Com relação ao PNDH, percebemos uma preocupação do nosso país em adotar medidas com relação à garantia dos direitos humanos no nível internacional, em especial aos estrangeiros. Por isso apresentaremos as normas legais que amparam o estrangeiro no Brasil, a qual servirá para nossa posterior análise.

A situação jurídica do estrangeiro no Brasil é normatizada pela Lei nº 6.815 de 1980 e regulamentada pelo Decreto nº 86.715 de dezembro de 1981. Nesta lei estudaremos as questões específicas sobre a entrada do estrangeiro no país, a naturalização do estrangeiro e a saúde.

Qualquer estrangeiro poderá, satisfeitas as condições desta lei, entrar e permanecer no território brasileiro, que poderá conferir-lhe o visto¹⁷ de: trânsito, turista, temporário, permanente, cortesia, oficial e diplomático, sendo este individual, podendo estender-se aos dependentes legais conforme dispõe a lei. Convém ressaltar que, “a posse ou a propriedade de bens no Brasil não confere ao estrangeiro o direito de obter visto de qualquer natureza, ou autorização de permanência no território brasileiro (BRASIL, Art. 6º, 1980).

¹⁷ São fixados regulamentos com requisitos para a obtenção dos vistos de entrada previstos nesta Lei. Mais informações sobre concessão de visto ver Lei nº 6.815 de 1980, Art 6º a Art 20.

É importante destacar que pela concessão de visto cobrar-se-ão emolumentos consulares, ressalvados:

- I - os regulados por acordos que concedam gratuidade;
 - II - os vistos de cortesia, oficial ou diplomático;
 - III - os vistos de trânsito, temporário ou de turista, se concedidos a titulares de passaporte diplomático ou de serviço.
- Parágrafo único. A validade para a utilização de qualquer dos vistos é de 90 (noventa) dias, contados da data de sua concessão, podendo ser prorrogada pela autoridade consular uma só vez, por igual prazo, cobrando-se os emolumentos devidos (BRASIL, Art. 20, 1980).

Segundo o Art. 26 o visto concedido pela autoridade consular configura mera expectativa de direito, podendo a entrada, a estada ou o registro do estrangeiro ser proibido, em casos de:

- I - menor de 18 (dezoito) anos, desacompanhado do responsável legal ou sem a sua autorização expressa;
- II - considerado nocivo à ordem pública ou aos interesses nacionais;
- III - anteriormente expulso do País, salvo se a expulsão tiver sido revogada;
- IV - condenado ou processado em outro país por crime doloso, passível de extradição segundo a lei brasileira; ou
- V - que não satisfaça às condições de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, Art 7º, 1980).

Pode ser também proibido por inconveniência de sua presença no território brasileiro, a critério do Ministério da Justiça. Se o estrangeiro sair e/ou se retirar do país sem recolher a multa devida em virtude desta Lei, não poderá reentrar sem efetuar o seu pagamento, acrescido de correção monetária. Em caso de impedimento de qualquer um dos integrantes da família poderá também se estender a todo o grupo familiar (BRASIL, Art 7º, 1980).

Além dos impedimentos da entrada de estrangeiros no território nacional resguardados pela Lei, o Decreto nº 86.715/1981, destaca ainda que será impedido aquele estrangeiro que:

- I - não apresentar documento de viagem ou Carteira de Identidade, quando admitida;
- II - apresentar documento de viagem:
 - a) que não seja válido para o Brasil;
 - b) que esteja com o prazo de validade vencido;
 - c) que esteja com rasura ou indício de falsificação;
 - d) com visto consular concedido sem a observância das condições previstas na Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980, e neste Regulamento (BRASIL, Art. 51, 1981).

Nestes casos, o impedimento será anotado pelo Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça no documento de viagem do estrangeiro, ouvida a Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras do Ministério da Saúde, quando for o caso.

Com relação à entrada de estrangeiros naturais de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território brasileiro, respeitados os interesses da segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade, contudo

§ 1º Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou freqüentar estabelecimento de ensino naqueles municípios, será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso.

§ 2º Os documentos referidos no parágrafo anterior não conferem o direito de residência no Brasil, nem autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios (BRASIL, Art. 21, 1980).

No entanto, a entrada no território brasileiro poderá ser feita somente pelos locais onde houver fiscalização dos órgãos competentes dos Ministérios da Saúde, da Justiça e da Fazenda. Nenhum estrangeiro poderá afastar-se do local de entrada e inspeção sem que o seu documento de viagem e o cartão de entrada e saída tenham sido visados.

Com relação aos direitos e deveres do estrangeiro, conforme Art.94, o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis. Sempre que lhe for exigido por qualquer autoridade ou seu agente, o estrangeiro deverá exibir documento comprobatório de sua estada legal no território brasileiro. Contudo o exercício de atividade remunerada e a matrícula em estabelecimento de ensino são permitidos ao estrangeiro com as restrições¹⁸ estabelecidas nesta Lei e no seu Regulamento (BRASIL, Arts. 95 e 96, 1980).

De acordo com o tipo de visto portado pelo estrangeiro, há restrições com relação a sua inserção no mercado de trabalho. No caso de estrangeiros no Brasil com amparo de visto de turista, de trânsito ou temporário, bem como aos dependentes de titulares de quaisquer vistos temporários é vedado o exercício de atividade remunerada. Ao titular de

¹⁸ Mais informações a respeito das restrições de atividades remuneradas, e o que é permitido ou não aos estrangeiros ver Arts. 97 a 109 (BRASIL, 1980).

visto temporário de que trata o artigo 13¹⁹ é vedado o exercício de atividade remunerada por fonte brasileira.

Para os estrangeiros com de visto temporário e ao que se encontre no Brasil na condição de estrangeiro natural de país limítrofe, domiciliado em cidade próxima ao território brasileiro é proibido estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada (BRASIL, Art. 98, 1980).

Já estrangeiro admitido na condição de temporário, sob regime de contrato, só poderá exercer atividade junto à entidade pela qual foi contratado, na oportunidade da concessão do visto, salvo com a autorização do Ministério da Justiça, ouvido pelo Ministério do Trabalho (BRASIL, Art. 99, 1980).

O estrangeiro admitido com concessão do visto permanente (por prazo não-superior a cinco anos), para o desempenho de atividade profissional certa, e a fixação em região determinada, não poderá, dentro do prazo que lhe for fixado na oportunidade da concessão ou da transformação do visto, mudar de domicílio nem de atividade profissional, ou exercê-la fora daquela região, salvo em caso excepcional, mediante autorização prévia do Ministério da Justiça, ouvido o Ministério do Trabalho, quando necessário (BRASIL, Art. 100, 1980).

O estrangeiro portador de visto de cortesia, oficial ou diplomático só poderá exercer atividade remunerada em favor do Estado estrangeiro, organização ou agência internacional de caráter intergovernamental a cujo serviço se encontre no País, ou do Governo ou de entidade brasileiros, mediante instrumento internacional firmado com outro Governo que encerre cláusula específica sobre o seu trabalho (BRASIL, Art. 103, 1980).

Com relação às questões de saúde do estrangeiro, não se concederá visto ao estrangeiro que não satisfaça as condições de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, Art 5º, Inciso V, 1981).

O Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, será o responsável pelo exame e fiscalização das condições de saúde do estrangeiro candidato à entrada ou permanência no Brasil. No exame

¹⁹ Art. 13. O visto temporário poderá ser concedido ao estrangeiro que pretenda vir ao Brasil: I - em viagem cultural ou em missão de estudos; II - em viagem de negócios; III - na condição de artista ou desportista; IV - na condição de estudante; V - na condição de cientista, professor, técnico ou profissional de outra categoria, sob regime de contrato ou a serviço do Governo brasileiro; e VI - na condição de correspondente de jornal, revista, rádio, televisão ou agência noticiosa estrangeira (BRASIL, 1980).

de saúde, será considerada a correlação entre a capacidade física do estrangeiro e a profissão a que se destina (BRASIL, Art. 29, 1981).

Este exame de saúde, para concessão de visto consular a estrangeiro que pretenda entrar no Brasil, poderá ser realizado no exterior desde que efetuado por um médico da confiança da Repartição Consular Brasileira.

Em caso do exame de saúde dos candidatos a visto permanente no exterior, ou à transformação de visto no Brasil, será obrigatoriamente extensivo a todo o grupo familiar, devidamente comprovado, ainda que somente o chefe de família seja candidato à imigração.

§ 1º [...] será feita mediante apresentação do registro de família, declaração consular ou documento idôneo a critério da autoridade de saúde.

§ 2º Quando somente o chefe de família for candidato à permanência deverá apresentar, também, exames médicos dos seus dependentes legais efetuados por médico de confiança da Repartição Consular Brasileira ou, na sua falta, por órgãos oficiais do país de origem (BRASIL, Art. 31, 1981).

Serão observados ainda os seguintes critérios: para casados, exame médico do cônjuge, dos filhos menores e dos dependentes legais; para filhos menores, exame médico dos pais; e para solteiros maiores, exame médico individual (BRASIL, Art. 32, 1981).

De acordo com o Art 52 (BRASIL, 1981) serão impedidos de entrar no território nacional brasileiro, mesmo com o visto consular em ordem, os estrangeiros portadores de:

I - doença mental, de qualquer natureza e grau; II - doenças hereditárias ou familiares; III - doenças ou lesões que incapacitam definitivamente para o exercício da profissão a que se destina; IV - defeito físico, mutilação grave, doenças do sangue e dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, geniturinário, locomotor e do sistema nervoso que acarretam incapacidade superior a 40% (quarenta por cento); V - alcoolismo crônico e toxicomania; VI - neoplasia maligna; VII - invalidez; VIII - doenças transmissíveis: tuberculose; hanseníase; tracoma; sífilis; leishmaniose; blastomicose; tripanossomíase; e outras, a critério da autoridade sanitária (BRASIL, Art. 52 1981).

Portanto, no caso de inabilitação de um componente do grupo familiar por qualquer das restrições constantes dos itens I a III e V a VIII do artigo 52, acarretará a rejeição de todo o grupo.

Contudo, as restrições constantes das normas técnicas especiais, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, não constituirão motivo de impedimento à concessão do visto permanente ou do temporário para: cientista, professor, técnico ou profissional de

outra categoria, sob regime de contrato ou a serviço do Governo Brasileiro; maior de 60 (sessenta) anos de idade, dependente de imigrante qualificado; ainda o Ministério das Relações Exteriores poderá autorizar a dispensa do exame de atestado de saúde para estudantes, ou para pessoas que farão viagem cultural ou em missão de estudo, desde que sua permanência no país estrangeiro não ultrapasse noventa dias; desde que as condições de saúde do estrangeiro não representem risco à saúde pública (BRASIL, 1981).

Os atestados e formulários de saúde obedecerão a modelos próprios instituídos pelo Ministério da Saúde. O impedimento por motivo de saúde será oposto ou suspenso pela autoridade de saúde.

§ 1º A autoridade de saúde comunicará ao Departamento de Polícia Federal a necessidade da entrada condicional do estrangeiro, titular de visto temporário ou permanente, no caso de documentação médica insuficiente ou quando julgar indicada a complementação de exames médicos para esclarecimento de diagnóstico.

§ 2º O estrangeiro, nos casos previstos no parágrafo anterior, não poderá deixar a localidade de entrada sem a complementação dos exames médicos a que estiver sujeito, cabendo ao Departamento de Polícia Federal reter o seu documento de viagem e fixar o local onde deva permanecer.

§ 3º A autoridade de saúde dará conhecimento de sua decisão, por escrito, ao Departamento de Polícia Federal, para as providências cabíveis (BRASIL, Art. 53, 1981).

Caberá ao Departamento de Polícia Federal anotar no documento de viagem as razões do impedimento definitivo e apor sobre o visto consular o carimbo de impedido. No entanto, o estrangeiro, ao entrar no território nacional, seja qual for o meio de transporte utilizado, será fiscalizado pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça e pela Secretaria de Receita Federal do Ministério da Fazenda, no local da entrada, nos termos da legislação respectiva, devendo apresentar os documentos previstos no Regulamento.

No Brasil, conforme a CF de 1988, são considerados brasileiros naturalizados:

- a) os que, na forma da lei, adquiram a nacionalidade brasileira, exigidas aos originários de países de língua portuguesa apenas residência por um ano ininterrupto e idoneidade moral;
- b) os estrangeiros de qualquer nacionalidade residentes na República Federativa do Brasil há mais de quinze anos ininterruptos e sem condenação penal, desde que requeiram a nacionalidade brasileira (BRASIL, Art. 12, 2001, p. 23).

A concessão da naturalização nos casos previstos neste artigo é de competência do Poder Executivo e far-se-á mediante portaria do Ministro da Justiça²⁰ que repassará ao órgão local do Departamento de Polícia Federal que ao processará o pedido

I - fará a remessa da planilha datiloscópica do naturalizando ao Instituto Nacional de Identificação, solicitando a remessa da sua folha de antecedentes; II - investigará a sua conduta; III - opinará sobre a conveniência da naturalização; IV - certificará se o requerente lê e escreve a língua portuguesa, considerada a sua condição; V - anexará ao processo boletim de sindicância em formulário próprio.[...] (BRASIL, 1981).

Aos brasileiros natos são previstos todos os direitos e deveres constitucionais brasileiros não podendo haver distinção entre brasileiros natos e naturalizados, salvo os casos²¹ previstos na Constituição.

Segundo a Lei nº 6.815, as condições para a concessão da naturalização são:

²⁰ O estrangeiro que pretender a naturalização deverá requerê-la ao Ministro da Justiça, declarando: nome por extenso, naturalidade, nacionalidade, filiação, sexo, estado civil, dia, mês e ano de nascimento, profissão, lugares onde haja residido anteriormente no Brasil e no exterior, se satisfaz ao requisito a que alude o artigo 111, item VII e se deseja ou não traduzir ou adaptar o seu nome à língua portuguesa. Apresentando os seguintes documentos: I - cópia autêntica da Cédula de Identidade para estrangeiro permanente; II - atestado Policial de residência contínua no Brasil, pelo prazo mínimo de 4 (quatro) anos; III - atestado Policial de antecedentes passado pelo órgão competente do lugar de sua residência no Brasil; IV - prova de exercício de profissão ou documento hábil que comprove a posse de bens suficientes à manutenção própria e da família; V - atestado oficial de sanidade física e mental; VI - certidões ou atestados que provem, quando for o caso, as condições do artigo 113 da Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980;

VII - certidão negativa do Imposto sobre a Renda, exceto se estiver nas condições previstas nas alíneas b e c, do § 2º, deste artigo. § 1º Se a Cédula de Identidade omitir qualquer dado relativo à qualificação do naturalizando, deverá ser apresentado outro documento oficial que o comprove. § 2º Ter-se-á como satisfeita a exigência do item IV, se o naturalizando: a) perceber proventos de aposentadoria; b) sendo estudante, de até 25 (vinte e cinco) anos de idade, viver na dependência de ascendente, irmão ou tutor; c) se for cônjuge de brasileiro ou tiver a sua subsistência provida por ascendente ou descendente possuidor de recursos bastantes à satisfação do dever legal de prestar alimentos.

§ 3º Quando exigida residência contínua por 4 (quatro) anos para a naturalização, não obstarão o seu deferimento às viagens do naturalizando ao exterior, se determinadas por motivo relevante, a critério do Ministro da Justiça, e se a soma dos períodos de duração dela não ultrapassar de 18 (dezoito) meses. § 4º Dispensar-se-á o requisito de residência, a que se refere o item II deste artigo, exigindo-se apenas a estada no Brasil por 30 (trinta) dias, quando se tratar: a) de cônjuge estrangeiro casado há mais de 5 (cinco) anos com diplomata brasileiro em atividade; ou b) de estrangeiro que, empregado em Missão Diplomática ou em Repartição Consular do Brasil, contar mais de 10 (dez) anos de serviços ininterruptos. § 5º Será dispensado o requisito referido no item V deste artigo, se o estrangeiro residir no País há mais de 2 (dois) anos. § 6º Aos nacionais portugueses não se exigirá o requisito do item IV deste artigo, e, quanto ao item II, bastará a residência ininterrupta por 1 (um) ano. § 7º O requerimento para naturalização será assinado pelo naturalizando, mas, se for de nacionalidade portuguesa, poderá sê-lo por mandatário com poderes especiais. Parágrafo único. Qualquer mudança de nome ou do prenome, posteriormente à naturalização, só por exceção e motivadamente será permitida, mediante autorização do Ministro da Justiça” (BRASIL, Art. 114, 1980).

²¹ § 3º São privativos de brasileiros natos os cargos: I – Presidente e Vice-Presidente da República; II – de Presidente da Câmara dos Deputados; III – de Presidente do Senado Federal; IV – de Ministro do Supremo Tribunal Federal; V – da carreira diplomática; VI – de oficial das Forças Armadas; VII – de Ministro de Estado da Defesa (BRASIL, Art. 12, 2001, p. 23 e 22).

I - capacidade civil, segundo a lei brasileira; II - ser registrado como permanente no Brasil; III - residência contínua no território brasileiro, pelo prazo mínimo de 4 (quatro) anos, imediatamente anteriores ao pedido de naturalização; IV - ler e escrever a língua portuguesa, consideradas as condições do naturalizando; V - exercício de profissão ou posse de bens suficientes à manutenção própria e da família; VI - bom procedimento; VII - inexistência de denúncia, pronúncia ou condenação no Brasil ou no exterior por crime doloso a que seja cominada pena mínima de prisão, abstratamente considerada, superior a 1 (um) ano; e VIII - boa saúde (BRASIL, Art.111, 1980).

Contudo o prazo de residência poderá ser reduzido se o naturalizado atestar as seguintes condições:

I - ter filho ou cônjuge brasileiro;
 II - ser filho de brasileiro;
 III - haver prestado ou poder prestar serviços relevantes ao Brasil, a juízo do Ministro da Justiça;
 IV - recomendar-se por sua capacidade profissional, científica ou artística;
 ou
 V - ser proprietário, no Brasil, de bem imóvel, cujo valor seja igual, pelo menos, a 1.000 (mil) vezes o Maior Valor de Referência; ou ser industrial que disponha de fundos de igual valor; ou possuir cota ou ações integralizadas de montante, no mínimo, idêntico, em sociedade comercial ou civil, destinada, principal e permanentemente, à exploração de atividade industrial ou agrícola (BRASIL, Art 112, 1980).

Conforme estas condições, será estabelecido o prazo mínimo²² de residência no Brasil e somente será dispensado o requisito da residência, exigindo-se apenas a estada no país por trinta dias os casos de cônjuge estrangeiro casado há mais de cinco anos com diplomata brasileiro em atividade e no caso de estrangeiro que, empregado em Missão Diplomática ou em Repartição Consular do Brasil, contar mais de 10 (dez) anos de serviços ininterruptos (BRASIL, 1980). Já o caso de estrangeiro admitido no Brasil durante os primeiros cinco anos de vida, estabelecido definitivamente no território brasileiro, poderá, enquanto menor, requerer ao Ministro da Justiça, por intermédio de seu representante legal, a emissão de certificado provisório de naturalização, que valerá como prova de nacionalidade brasileira até dois anos depois de atingida a maioridade.

O processo de naturalização será legítimo após ser publicado no Diário Oficial, o qual será arquivado na Secretaria Executiva do Ministério da Justiça, que emitirá o certificado de naturalizando, que será entregue na forma fixada em Regulamento por este

²² A residência será, no mínimo, de 1 (um) ano, nos casos dos itens I a III; de 2 (dois) anos, no do item IV; e de 3 (três) anos, no do item V (BRASIL, 1980).

órgão. Porém a naturalização não será efetuada se o certificado não for solicitado pelo naturalizando, no prazo de doze meses, contados da data da publicação do ato, salvo motivo de força maior devidamente comprovado (BRASIL, 1980). Assim o Ministério da Justiça fica autorizado a instituir o modelo único de Cédula de Identidade para estrangeiro, portador de visto temporário ou permanente, a qual terá validade em todo o território brasileiro e substituirá as carteiras de identidade em vigor (BRASIL, 1981).

Assim, após a entrega do certificado o naturalizado terá todos os direitos civis e políticos, excetuados os que a CF atribui exclusivamente ao brasileiro nato. Conforme esta lei a naturalização não importa aquisição da nacionalidade brasileira pelo cônjuge e filhos do naturalizado, nem autoriza que estes entrem ou se radiquem no Brasil sem que satisfaçam às exigências da mesma.

No caso de estrangeiro admitido no Brasil até a idade de 5 (cinco) anos, radicado definitivamente no país, poderá, dois anos após atingida a maioridade, requerer naturalização, mediante apresentação dos documentos de: Cédula de Identidade para estrangeiro permanente; atestado Policial de residência contínua no Brasil, desde a entrada; e atestado Policial de antecedentes, passado pelo serviço competente do lugar de residência no Brasil (BRASIL, 1981).

Neste mesmo caso, porém enquanto menor, este deve requerer, por intermédio de seu representante legal, a emissão de certificado provisório de naturalização, instruindo o pedido com: prova do dia de ingresso no país ; prova da condição de permanente; certidão de nascimento ou documento equivalente; prova de nacionalidade; e atestado Policial de antecedentes, passado pelo serviço competente do lugar de residência no Brasil, se maior de 18 (dezoito) anos. E até dois anos após atingir a maioridade, se pretender confirmar a intenção de continuar brasileiro, poderá requerer junto ao Ministério da Justiça apresentando a cópia autêntica da Cédula de Identidade; e original do certificado provisório de naturalização.

Já para o estrangeiro que tenha residido no Brasil, antes de atingida a maioridade e que tenha feito curso superior em estabelecimento nacional de ensino, poderá, até um ano depois da formatura, requerer a naturalização, mediante pedido apresentando os seguintes documentos: Cédula de Identidade para estrangeiro permanente; atestado Policial de residência contínua no Brasil desde a entrada; e atestado Policial de antecedentes passado pelo serviço competente do lugar de residência no Brasil.

Obedecidas todas as normas para o estabelecimento da naturalização, dar-se-á a entrega do certificado de naturalização, ao interessado ou ao seu representante legal, conforme o caso, mediante recibo diretamente pelo Departamento Federal de Justiça ou

através dos órgãos regionais do Departamento de Polícia Federal. A entrega do certificado constará de termo lavrado no livro de audiência, assinado pelo Juiz e pelo naturalizado, devendo este:

- I - demonstrar que conhece a língua portuguesa, segundo a sua condição, pela leitura de trechos da Constituição;
- II - declarar, expressamente, que renuncia à nacionalidade anterior;
- III - assumir o compromisso de bem cumprir os deveres de brasileiro (BRASIL, Art. 130, 1981).

O Juiz comunicará ao Departamento Federal de Justiça a data de entrega do certificado. O Departamento Federal de Justiça comunicará ao órgão encarregado do alistamento militar e ao Departamento de Polícia Federal as naturalizações concedidas, logo sejam anotadas no livro próprio as entregas dos respectivos certificados. E a entrega do certificado aos naturalizados também poderá ser feita pelo Chefe da Missão Diplomática ou Repartição Consular brasileira no país onde esteja residindo, observadas as formalidades desta lei. Caso ocorra mudanças nas condições que autorizem a naturalização esta poderá ser suspensa (BRASIL, 1981).

Em 27 de março de 2003, foi aprovada a Portaria nº 1, pelo Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2003), onde estabelece algumas mudanças com relação ao pedido de prorrogação de prazo de visto temporário e de visto de permanência definitiva, os quais devem ser reconsideração ao Departamento de Estrangeiros, no prazo improrrogável de quinze dias, contados da publicação da decisão denegatória no Diário Oficial. Também há mudanças com relação à republicação do ato deferitório concedido nos processos de prorrogação de prazo, de permanência a título de reunião familiar, prole brasileira e cônjuge brasileiro, a qual poderá ser solicitada uma única vez, em razão de caso fortuito ou por motivo de força maior, devidamente comprovada, a partir da perda do período de registro na Polícia Federal.

Com isso queremos demonstrar o quão burocrático é o processo de legalização da permanência do estrangeiro no Brasil. É um processo que exigem recursos financeiros, garantia de normas e talvez por isso não efetuadas nos espaços transfronteiriços, pois o fluxo de estrangeiros é visto com certa naturalidade, típico da cultura geográfica das fronteiras, onde não existe controle sobre a entrada e saída de estrangeiros.

Já no Grupo Mercado Comum, no MERCOSUL, são revogadas as Resoluções nº 44/94 e nº 63/96 que tratam sobre os documentos de cada Estado Parte que

habilitam o trânsito de pessoas nesta região de integração, passando a vigorar a Resolução XXIII GMC, de 10/11/ 1996. Diante das modificações é reconhecida a validade dos documentos de identificação pessoal de cada Estado Parte para o trânsito de pessoas nos países do Mercosul. Os estrangeiros com residência legal nos Estados Partes, para transitarem nos países do Mercosul, deverão utilizar o passaporte de sua nacionalidade para ingressar no país que requeira visto consular. Sendo assim cada país irá estabelecer as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias ao cumprimento desta norma por meio dos seguintes organismos:

a) Argentina: 1. Registro Nacional de Las Personas; 2. Dirección Nacional de Migraciones; 3. Policía Federal Argentina (Vinculados ao Ministerio del Interior). b) Brasil: 1. Instituto Nacional de Identificação; 2. Polícia Federal (Vinculados ao Ministério da Justiça; 3. Institutos de Identificação dos Governos Estaduais. c) Paraguay: 1. Departamento de Identificaciones; 2. Departamento de Migraciones; (Vinculados à Policía Nacional). d) Uruguay: 1. Dirección Nacional de Identificación Civil; 2. Dirección Nacional Migración; (Vinculados ao Ministerio del Interior) (MERCOSUL, 1996).

Os documentos oficiais exigidos para os cidadãos de cada país para percorrer os territórios dos países membros do MERCOSUL, são:

a) Por Argentina: 1. Libreta de Enrolamiento; 2. Libreta Cívica; 3. Documento Nacional de Identidad; 4. Cédula de Identidad expedida por la Policía Federal; 5. Passaporte; 6. Cédulas de Identidad otorgadas por los Gobiernos Provinciales (hasta el 1.1.97). b) Por Brasil: 1. Cédula de Identidad expedida por cada Estado de la Federación con validez nacional; 2. Cédula de Identidad para extranjero expedida por la Policía Federal; 3. Pasaporte. c) Por Paraguay: 1. Cédula de Identidad; 2. Pasaporte. d) Por Uruguay: 1. Cédula de Identidad; 2. Pasaporte (MERCOSUL, 1996).

Em 15 de dezembro de 2003, o Conselho do Mercado Comum decide aprovar o acordo para a criação do Visto MERCOSUL, com o objetivo de implementar políticas de livre circulação de pessoas no MERCOSUL, conforme disposto no Artigo 1 do Tratado de Assunção, visto “que a globalização e o processo de integração regional geraram novas e desafiadoras características do comércio de serviços, resultando em crescimento das relações de comércio e serviços entre os Estados Partes” (MERCOSUL, 2003).

Mas o visto terá como demandatários²³: “a gerentes e diretores executivos, administradores, diretores, gerentes-delegados ou representantes legais, cientistas, pesquisadores, professores, artistas, desportistas, jornalistas, técnicos altamente qualificados ou especialistas, profissionais de nível superior (MERCOSUL, Art 1, 2003). Ou seja, será exigido o visto das pessoas físicas, nacionais, prestadoras de serviços de qualquer dos Estados Partes, acima designadas que solicitem ingressar com intuito de prestar, temporariamente, serviços no território de uma das Partes, sob contrato para a realização de atividades remuneradas (doravante "contrato") no Estado Parte de origem ou no Estado Parte de ingresso, para permanência de até 2 (dois) anos, prorrogáveis uma vez por igual período, até um máximo de 4 (quatro) anos, contados da data da entrada no território do Estado Parte de ingresso.

O período de vigência do visto estará vinculado à duração do contrato de trabalho. “A concessão do ‘Visto MERCOSUL’ não estará submetida a nenhuma prova de necessidade econômica nem a qualquer autorização prévia de natureza trabalhista e estará isenta de qualquer requisito de proporcionalidade em matéria de nacionalidade e de paridade de salários. (MERCOSUL, Art 2, Inciso 3, 2003)”.

Com o ‘Visto MERCOSUL’, as pessoas terão direito a múltiplas entradas e saídas em ambos os Estados acordados no pedido de concessão do mesmo.

Os documentos exigidos para o pedido de Concessão do "Visto MERCOSUL”, são:

- a) Passaporte válido e vigente; b) certidão de nascimento devidamente legalizada; c) contrato ou documento equivalente, no qual constem: informações sobre a empresa contratante; a função que o prestador de serviços vai exercer; o tipo, a duração e as características da prestação de serviço a ser realizada; d) atestado de antecedentes penais emitidos pela autoridade nacional competente, devidamente legalizado; e) atestado de saúde do Estado Parte de origem devidamente legalizado; f) curriculum vitae; g) quando corresponder, o comprovante de pagamento da taxa respectiva (MERCOSUL, Art 3, Inciso 1, 2003).

Em casos de prorrogação do ‘Visto MERCOSUL’, os beneficiários do presente Acordo deverão apresentar:

- a) passaporte válido e vigente; b) o novo contrato ou documento equivalente, no qual constem: informações sobre a empresa contratante; a

²³ Mais informações a respeito da especificação e/ou denominação de quem são os prestadores de serviços ver MERCOSUL, Art. 8, 2003.

função que o prestador de serviços vai exercer; o tipo, a duração e as características da prestação de serviço a ser realizada; c) os recibos de salário e honorários correspondentes ao período trabalhado; d) atestados negativos de antecedentes penais e civis emitidos pelas autoridades nacionais competentes do Estado Parte de ingresso e do Estado Parte de origem, devidamente legalizados. e) atestado de saúde vigente outorgado no Estado Parte de ingresso; f) quando corresponder, o comprovante de pagamento da taxa respectiva (MERCOSUL, Art 2, Inciso 2, 2003).

Com relação aos seus custos estes devem ser menos onerosos possíveis e quanto aos prazos de expedição serem os mais breves possíveis. Os trâmites para emissão do Visto serão realizados na Repartição Consular que tenha jurisdição sobre o local de residência do interessado. De posse do contrato ou documento equivalente e com o 'Visto MERCOSUL', os beneficiários do presente Acordo deverão apresentar-se perante a autoridade governamental competente do Estado Parte de ingresso para efeitos de seu registro (MERCOSUL, 2003).

Com a criação do Visto MERCOSUL, percebemos que há uma preocupação a respeito do fluxo migratório nos Estados Partes, mas este restringe-se a uma parcela da população, ou seja, trabalhadores formais.

2.2.1 Acordos Bilaterais e Multilaterais na Área da Fronteira com os Países Limítrofes do MERCOSUL

O Brasil possui inúmeros acordos bilaterais e multilaterais com outros países, nas mais diversas áreas temáticas. Em virtude do nosso estudo, apenas destacaremos os acordos estabelecidos com os países limítrofes do MERCOSUL, no âmbito das fronteiras. Em anexo apresentamos a relação de todos os acordos em vigor entre Brasil²⁴ e os países que integram o MERCOSUL: Argentina, Uruguai e Paraguai. Contudo, enfatizamos o reduzido número de acordos na área da saúde (principalmente sobre assistência em saúde) e de questões específicas da fronteira, como fluxo de pessoas, e permanência nos Estados Partes.

O Brasil vem estabelecendo as bases jurídicas para o aperfeiçoamento das relações com os países vizinhos na zona de fronteira a partir de uma série de acordos

²⁴ Mais informações sobre os Acordos estabelecidos com os Estados partes, acessar site: <http://www2.mre.gov.br/dai/biargent.htm>, <http://www2.mre.gov.br/dai/biparagua.htm>, <http://www2.mre.gov.br/dai/biuru.htm>

bilaterais, no sentido de promover uma maior integração econômica e social e o desenvolvimento da região. Porém, a maioria dos acordos bilaterais no MERCOSUL refere-se aos aspectos políticos e econômicos.

Contudo, os acordos bilaterais mostram que a política governamental para as regiões de fronteira tem privilegiado negociações com cada país, em lugar de criar normas gerais que regulem as interações na Faixa da Fronteira. Assim existem acordos com temáticas mais abrangentes, que envolvem o conjunto do Estado brasileiro, e acordos mais específicos, limitados às regiões particulares da fronteira (BRASIL, 2005a).

Neste quadro apresentamos a concentração temática por tipo de interação fronteiriça, segundo países limítrofes do Mercosul.

Países	Tipo de Interação Fronteiriça	Nº de Acordos Bilaterais	Concentração Temática	
		Total		nº
Argentina	Predomínio de Sinapse, com segmentos capilares.	183	Comércio; Cooperação Técnica e Científica; Energia.	71
Uruguai	Predomínio de Sinapse, com segmentos capilares.	150	Comércio; Transportes; Cooperação Técnica e Científica.	47
Paraguai	Predomínio de Sinapse, com segmentos capilares.	98	Comércio; Energia; Cooperação Técnica e Científica.	38

Quadro 1 – Concentração temática por tipo de interação fronteiriça entre os países do Mercosul

Fonte: BRASIL, Ministério da Integração Nacional, 2005.

Vemos que tanto no modelo de interação *sinapse* o qual refere-se à grande presença de troca entre as populações fronteiriças, quanto no tipo de interação capilar, na qual as interações se dão no nível local através de trocas difusas entre vizinhos fronteiriços com limitadas redes de comunicação, ou que resultam de zonas de interação espontânea. Os acordos não aparecem relacionados à cidadania. Eles referem-se a comunicação, cultura, criação de comissões e comitês e grupos de trabalhos bilaterais, extradição de estrangeiros, passaporte e outras questões consulares, acordos relativos a saúde, circulação na fronteira ou a cooperação no campo da assistência social e educação (BRASIL, 2005).

Segundo o próprio Ministério das Relações Exteriores (2005), o grau de interação na faixa de fronteira influencia no conteúdo e na quantidade de acordos bilaterais do Brasil com determinados países. A maioria dos acordos é estabelecida apenas com alguns países, evidenciando a heterogeneidade das interações ao longo da fronteira e a diversidade de

interesses entre os países signatários. Há uma diferenciação da distribuição geográfica dos acordos bilaterais, pois no Arco Sul existem quinhentos e sessenta e três acordos bilaterais com países limítrofes e no Arco Norte apenas trezentos e trinta e cinco. Porém não é a dimensão ou localização geográfica que delimita o número de acordos, mas sim as relações estabelecidas entre os países que delimitam este espaço.

Com relação aos acordos bilaterais voltados para a faixa e zona de fronteira, existem quatro grupos temáticos:

Grupo A - Cidadania na Fronteira: diz respeito a questões fronteiriças como reconhecimento de diplomas, direito ao voto de brasileiros residentes nos países limítrofes; questões relativas à qualidade de vida como saúde, educação, saneamento. Direitos da população fronteiriça (direitos indígenas, assentados e cidadãos comuns) e questões relativas às cidades-gêmeas (obras compartilhadas); **Grupo B** - Desenvolvimento Econômico Regional: são os acordos com efeitos diretos e indiretos nos processos de desenvolvimento econômico regional fronteiriço, como circulação de trabalhadores, infra-estrutura (redes de energia, comunicação), coordenação das legislações trabalhistas entre o Brasil e países limítrofes; **Grupo C** - Aliança e Cooperação: abrange os acordos e tratados de aliança e cooperação entre os países que jamais são feitos em uma escala diferente da nacional; **Grupo D** - Criação de Comissões: são os acordos direcionados à criação de comissões, comitês ou grupos de trabalhos mistos (BRASIL, 2005, p.189-190).

No quadro a seguir, mostramos a quantidade de acordos bilaterais classificados pelos grupos acima destacados, e por país (aqui também incluímos os países associados do MERCOSUL, que fazem fronteiras com o Brasil).

Grupos Temáticos	Argentina	Uruguai	Paraguai	Bolívia	Peru	Venezuela	Total
A	35	40	21	26	24	23	169
B	112	72	55	89	48	19	395
C	13	4	5	1	3	5	31
D	12	20	8	10	8	2	60
Total	172	136	89	126	83	49	655

Quadro 2 – Distribuição dos Acordos Bilaterais entre Brasil e os Países Limítrofes signatários e associados do MERCOSUL.

Fonte: BRASIL, Ministério das Relações Exteriores (2005).

De acordo com este quadro percebemos que o Grupo B – Desenvolvimento Econômico Regional concentra o maior número de acordos bilaterais, trezentos e noventa e

cinco. Em segundo, está o Grupo A – Cidadania na Fronteira, com cento e sessenta e nove acordos. Já os do Grupo C – Aliança e Cooperação e Grupo D – Comissões Bilaterais, concentram o menor número de acordos bilaterais. Exceto na Venezuela, onde predominam os acordos bilaterais do Grupo A, nos demais países o índice mais elevado refere-se aos do Grupo B.

Para o Ministério das Relações Exteriores é preciso identificar as particularidades das relações bilaterais com cada país e também apontar as possibilidades destes acordos serem ampliados para toda a faixa de fronteira. Contudo a possibilidade de ampliação dos acordos bilaterais pode ser:

- a) reduzida, quando o acordo é referente a uma situação específica de um determinado país;
- b) parcial com adaptação, quando a partir da adaptação do acordo é possível aplicá-lo em diversos segmentos fronteiriços; ou
- c) ampla com adaptação, quando a partir de certas modificações é possível aplicar o acordo para toda a faixa de fronteira (BRASIL, 2005).

No próximo quadro, buscamos apresentar um exemplo selecionado pelo Ministério das Relações Exteriores, sobre o objetivo de caracterizar as particularidades de cada relação bilateral e avaliar suas possibilidades de generalização.

País	Particularidade da Relação	Possibilidades de Ampliação
Argentina	Densa. O ponto forte das relações bilaterais entre o Brasil e a Argentina é o comércio, mas a integração física local também deve servir de modelo para outras regiões da fronteira. A forte integração entre os habitantes estimula a facilitação de atividades empresariais, fundamentais para o desenvolvimento integrado da região de fronteira.	Ampla, com adaptação de uma série de acordos bilaterais com o Brasil poderia ser estendida para toda a faixa. Há poucos acordos promulgados neste sentido. O acordo sobre facilitação de atividades empresariais deve ser expandido, pois estimula a integração e a fixação de novas oportunidades de trabalho nos dois lados da fronteira. O centro único de fronteira é exemplo bem sucedido, permitindo a racionalização e agilidade da fiscalização e do controle alfandegário. Deve ser estendido para outras fronteiras com intensa movimentação.
Paraguai	Densa. O Paraguai é o segundo maior parceiro comercial do Brasil na América - Latina e as relações bilaterais entre os dois países apesar de se concentrarem em questões comerciais, tem duas grandes “âncoras” – a integração física com a Ponte sobre o Rio Paraná e a presença de uma obra específica, Itaipu, hidrelétrica que gera 22% da energia utilizada em todo o Brasil.	Parcial com adaptação. A Usina de Itaipu é um monumento a integração e um marco na história da cooperação bilateral. Mas é um caso específico. Os exemplos de integração dos sistemas de transporte é que podem ser ampliados, principalmente no caso de fronteiras secas. A construção de pontes e estradas é fundamental para o desenvolvimento da fronteira, este poderia ser estendido para toda a situação em que os países tenham o mesmo rio em seu território.
Uruguai	Densa. O Uruguai tem uma fronteira profundamente integrada com o Brasil, o que permitiu a emergência de várias cidades-gêmeas. A concentração demográfica histórica e a forte interação entre os habitantes estimularam muitos acordos relativos à infra-estrutura local e facilitação de atividades empresariais.	Ampla, com adaptação. [...] O Uruguai é um dos poucos países que estabeleceu acordos específicos para o desenvolvimento conjunto das zonas de fronteira. Um acordo muito importante é o que legaliza a cidadania nos dois lados da fronteira. O cidadão fronteiriço tem permissão de residência, trabalho e estudo. Mesmo podendo estimular movimentos migratórios em alguns casos, este tipo de acordo seria importante na constituição de uma cidadania fronteiriça. A identificação do cidadão como fronteiriço pode auxiliar no desenvolvimento da faixa de fronteira, que mesmo sendo bastante heterogênea, apresenta similaridades ao longo da faixa.

Quadro 3 – Possibilidades de Ampliação de Acordos Bilaterais

Fonte: BRASIL, Ministério Relações Exteriores (2005).

Achamos pertinentes estes exemplos em virtude de suas temáticas para o desenvolvimento da região de fronteira, onde destacamos o acordo (Promulgado em 21/11/2003) estabelecido com o Uruguai sobre a permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguayos.

Convém destacarmos as propostas legislativas, aguardadas na Câmara do Deputados, apesar destas serem do período de 2003. Do total de 27 proposições²⁵, apenas 7% são concernentes à área da cidadania, mas não há proposta para a área da saúde. Uma delas refere-se à criação da Universidade Federal da Mesoregião da Grande Fronteira no

²⁵ Ver ANEXO L - Relação das proposições aguardadas na Câmara dos Deputados para a Fronteira (BRASIL, 2005).

MERCOSUL (educação), e a outra, ao controle de veículos particulares de outros países nas fronteiras do Brasil.

Há 21 Atos Multilaterais assinados pelo Brasil no âmbito do Mercosul (Temas Institucionais, Econômicos e Comerciais). Conforme (ANEXO L – Tabela de todos os Atos Multilaterais assinados pelo Brasil no âmbito do Mercosul) seus títulos, apenas aparece o Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul e seu Regulamento Administrativo, o qual contempla a área da saúde.

Há também dois acordos relativos ao trânsito e migração de pessoas entre os Estados Partes. Portanto, estes Atos são específicos da formação e organização do MERCOSUL e de seus Acordos com outros países.

Já os Atos Bilaterais em vigor para o Brasil no âmbito das Fronteiras diferenciam-se em quantidade e assunto:

Tabela 2 – Temas Atos Bilaterais no Âmbito das Fronteiras

Temática	Argentina (nº de acordos)	Uruguai (nº de acordos)	Paraguai (nº de acordos)	Total
Limite de Fronteira	6	7	5	22
Segurança	1	0	0	1
Integração física e controle integrado	5	0	0	5
Cooperação e desenvolvimento fronteiriço	3	2	0	5
Tráfico de drogas	0	0	1	1
Instalação comitê de fronteira	0	3	1	4
Troca de Notas referente a questões de fronteira	0	1	2	3
Fixação Estatuto Jurídico de fronteira	0	3	0	3
Caracterização da Fronteira	0	2	0	2
Utilização incomum de recursos naturais e de construção e conservação de infra-estrutura	2	5	0	7
Residência, Estudo e Trabalho na Fronteira.	0	1	0	1
Total	17	24	9	50

Fonte: Dados extraídos do (ANEXO J - Temas Atos Bilaterais no Âmbito das Fronteiras)- Disponíveis em : <http://www2.mre.gov.br/dai/mercosul.htm>

De acordo com os temas dos Atos Bilaterais em vigor no âmbito da Fronteira dos países integrantes do Mercosul, não há acordos referentes à Saúde, a maioria dos acordos refere-se a questão da definição dos limites territoriais. Por ser uma região fronteiriça, também destacamos a presença de apenas um acordo a respeito do tema segurança. Também apenas um país, o Uruguai, apresenta um acordo sobre permissão de residência, estudo e trabalho na Fronteira, o qual consideramos de grande relevância em

virtude do fluxo de pessoas de ambas as cidades vizinhas estrangeiras fronteiriças. É relevante também destacarmos o advento de acordos sobre cooperação, desenvolvimento, caracterização, instalação de comitê, como da fixação do Estatuto Jurídico de Fronteira, mesmo que estes se restrinjam apenas a alguns países.

Na pesquisa sobre os Atos Bilaterais em vigor assinados pelo Brasil na área da saúde (ANEXO M – Atos Bilaterais em vigor na área da saúde) com os países do MERCOSUL, encontramos: um Ato com a Argentina sobre cooperação de medicamentos; dois Atos firmados com o Paraguai, um sobre acordo sanitário e complementando outro sobre cooperação e intercâmbio de tecnologia em saúde; e no Uruguai, três Atos em vigor sobre cooperação sanitária, profilaxia de hidatidose e combate às enfermidades Venereosifilítica.

Em virtude de termos encontrado poucos acordos na área da saúde, buscamos estender nossa pesquisa aos demais os Acordos em vigor estabelecidos com os países signatários do MERCOSUL, onde encontramos os seguintes Atos (ANEXO M – Acordos em vigor no MERCOSUL):

Com a Argentina aparece o ato sobre um programa de controle sanitário e fitossanitários e um ajuste complementar ao acordo de cooperação científica e tecnológica, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos, de medicamentos e de recursos para diagnóstico.

Com o Paraguai além dos mencionados há um memorando de entendimento no âmbito do Programa de Cooperação Internacional com o MS brasileiro. É pertinente destacarmos também outros dois acordos ligados à área da saúde: ato de cooperação no campo da redução da demanda de entorpecentes entre municípios fronteiriços; e de combate ao tráfico transfronteiriço.

Já com o Uruguai aparecem, também, um Ato sobre cooperação na área de redução da demanda de entorpecentes entre municípios fronteiriços; um memorando de entendimento no âmbito de troca de experiência em transplantes de órgãos e tecidos, e um acordo de cooperação técnica, científica e tecnológica para saúde na fronteira.

Convém destacar que todos os países estabelecem um acordo com o Brasil a respeito de prevenção, controle, fiscalização e repressão ao uso indevido e ao tráfico ilícito de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas.

Portanto, não há nenhum acordo sobre atendimento ou acesso aos serviços de saúde entre os países. Assim buscamos analisar os acordos estabelecidos no Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde MERCOSUL.

2.3 ACORDOS DO SUBGRUPO DE TRABALHO Nº 11 – SAÚDE

Ao todo encontramos oitenta (80) Acordos na área da saúde²⁶, de 1998 a 2005, elaborados pelo Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde MERCOSUL onde em virtude do Tratado de Assunção e de acordo com as decisões do Conselho do Mercado Comum (CMC), a República Federativa do Brasil, a República da Argentina, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai buscam prover ações integradas na área da saúde onde, para cada Acordo, são estabelecidas as recomendações e responsabilidades para os países. Assim, apresentaremos os Acordos estabelecidos em cada período, buscando identificar as temáticas, sendo estas específicas da saúde ou de ordem administrativa do Subgrupo.

Em 1998, encontramos apenas um Acordo solicitando que a Secretaria Administrativa do MERCOSUL, avisasse o Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde sobre todas as reuniões realizadas ou a serem realizadas no âmbito deste bloco (MERCOSUL, 2006).

Em 1999, houve onze (11) Acordos tratando sobre onde os quatro países acordam sobre: 1) implementação de medidas necessárias para que os países cumpram com o estabelecido na VII Reunião dos Ministros de Saúde do MERCOSUL e apoio as recomendações da VIII Reunião Intergovernamental para a eliminação do T. Infestans e a eliminação da Tripanossoma Americana Transfusional; 2) combate ao mosquito *Aedes Aegypti*; 3) manter ativos mecanismos da vigilância epidemiológica do Cólera, em virtude da epidemia na região, buscando assim seu controle, através de ações conjuntas na área da fronteira tanto na fiscalização de veículos de transporte terrestre, quanto no transporte aéreo e marítimo, nestas estabelecer também atividades de informação, comunicação e educação para a população sobre a prevenção do cólera, para tanto recomenda-se a manutenção de prioridades e conseqüentemente implantação de recursos financeiros e humanos na atividades de prevenção e combate a cólera na área de fronteiras; 3) o sarampo; 4) a tomada de conhecimento sobre a estratégia regional com micronutrientes e manter o GTA de micronutrientes, no âmbito da Reunião do Ministros de Saúde do MERCOSUL; 5) Acordo sobre os sistemas de saúde na região do MERCOSUL; 7) informes epidemiológicos e reunião dos grupos técnicos; 8) as políticas de combate ao sarampo; 9) as políticas de combate ao *Aedes Aegypti*; 10) verificação de água potável e promoção de ações integradas para o controle de veículos de transporte terrestre, aéreo e marítimos reafirmando a luta contra o

²⁶ Acordos na área da saúde (textos na integra) disponíveis em: <http://www.mercosulsaude.org>.

cólera; 11) inclusão do link legislações e regulamentos sobre saúde nos principais sítios dos estados partes e associados (MERCOSUL, 2006).

Em 2000, foram estabelecidos oito (8) acordos em relação a: 1) definição de uma política de medicamentos para o MERCOSUL, Bolívia e Chile; 2) criação de um banco de dados de preços de medicamentos para o MERCOSUL, Bolívia e Chile; 3) criação de um grupo de trabalho de contas nacionais e metodologia de desenvolvimento das atividades do respectivo grupo *ad-hoc*; 4) criação de um grupo de trabalho *ad-hoc* com representantes dos estados partes e associados buscando estudar as diretrizes das políticas a implementar a nível das zonas fronteiriças para a realização de um diagnóstico da situação dos descasos por motivos de atenção a saúde; 5) aprovação da política de medicamentos para o MERCOSUL, Bolívia e Chile e recomendação para criação do plano de trabalho do respectivo grupo *ad-hoc*; 6) regras para o funcionamento do banco de dados de preços de medicamentos para o MERCOSUL, Bolívia e Chile; 7) plano de trabalho do grupo *ad-hoc* de contas nacionais; 8) criação de um comitê regional para o controle do *aedes aegypti* e da dengue nos países do MERCOSUL, Bolívia e Chile (MERCOSUL, 2006).

No ano de 2001, foram estabelecidos somente três (3) acordos envolvendo os países integrantes do MERCOSUL e seus associados Bolívia e Chile, a respeito de: 1) criação de uma comissão intergovernamental de vigilância e controle da infestação pro *aedes aegypti* e da transmissão do vírus dengue; 2) implantação de uma política de medicamentos; 3) participação no processo de revisão do regulamento sanitário internacional (MERCOSUL, 2006).

Apenas foram estabelecidos dois (2) Acordos no ano de 2002: 1) Acordo sobre Política de prevenção e controle de Dengue para o MERCOSUL, Bolívia e Chile; 2) Acordo referente a criação de uma comissão intergovernamental para promover uma Política Integrada de luta contra a epidemia de HIV/AIDS na região do MERCOSUL, Bolívia e Chile (MERCOSUL, 2006).

No ano de 2003 foram efetivados dezesseis (16) acordos sobre: 1) controle e erradicação de enfermidades preveníveis por vacinação; 2) política de prevenção e controle da dengue abrangendo também Bolívia e Chile; 3) plano de capacitação conjunta para o pessoal das áreas de vigilância epidemiológica; 4) plano de ação para a política de medicamentos do MERCOSUL, Bolívia e Chile; 5) plano de trabalho para comissão intergovernamental de HIV/AIDS no âmbito do MERCOSUL, Bolívia e Chile em áreas de maior risco; 6 e 7) estratégia regional para o controle do tabaco; 8) não há especificação; 9) utilização de páginas *web* específicas por parte do Subgrupo de Trabalho nº 11 e criação de fórum virtual de

harmonização do MERCOSUL; 10) núcleo de articulação nº 1 – sistemas de informação e comunicação em saúde, como fórum permanente de análises e discussões de sistemas de informação de saúde do MERCOSUL; 11) mesmo acordo anterior, porém estendendo-se aos países associados da Bolívia e do Chile; 12) políticas de prevenção e controle da dengue; 13) políticas de prevenção e controle da dengue também com o Chile; 14) criação de uma comissão intergovernamental para promover uma política integrada de saúde sexual e reproductiva na região do mercosul; 15) criação de uma comissão intergovernamental para promover uma política integrada de saúde sexual e reprodutiva na região do MERCOSUL e Chile; 16) utilização de páginas *web* específicas por parte do subgrupo de trabalho nº 11 e criação de fórum virtual de harmonização do MERCOSUL e Chile (MERCOSUL, 2006).

No ano de 2004, foram aprovados um número expressivo de acordos, totalizando vinte e sete acordos (27) envolvendo: 1) ratificação da convenção para o controle do tabaco; 2) ratificação da convenção para o controle do tabaco estendendo-se a república da Bolívia e da república do Chile; 3 e 4) elaboração de uma posição comum nas reuniões internacionais sobre população e desenvolvimento nos estados partes do MERCOSUL, Bolívia e Chile; 5 e 6) comissão intergovernamental de gestão de riscos e redução de vulnerabilidades no MERCOSUL, Chile e Bolívia; 7 e 8) criação da comissão intergovernamental de saúde e desenvolvimento no MERCOSUL, Chile e Bolívia; 9) comissão intergovernamental de gestão de riscos e redução de vulnerabilidade; 10) estratégias de acesso aos medicamentos anti-retrovirais na região do MERCOSUL, Chile e Bolívia; 11 e 12) participação do MERCOSUL e estados associados no processo de revisão do regulamento sanitário internacional e com o Chile; 13 e 14) plano regional de intensificação das ações de controle da dengue no âmbito do MERCOSUL e países associados; 15 e 16) estratégias de redução da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita na região do MERCOSUL e com os países associados; 17 e 18) política para o controle do tabaco no MERCOSUL e com os países associados; 19 e 20) acordo sobre contas nacionais do MERCOSUL e estados associados; 21) aprovação do documento de trabalho e diretrizes para a atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres na região do MERCOSUL; 22 e 23) comissão intergovernamental de gestão de riscos e redução da vulnerabilidade no MERCOSUL e Estados associados; 24 e 25) criação da comissão intergovernamental de saúde ambiental e saúde do trabalhador do MERCOSUL e países associados; 26 e 27) recomendações sobre os regimes de patentes e o acesso aos medicamentos para os estados partes do MERCOSUL estendendo-se também aos associados (MERCOSUL, 2006).

E por último, destacamos os acordos formulados em 2005, período em que foram contemplados treze (13) Acordos para os países membros do MERCOSUL e seus associados referentes a: 1) transferência das atividades do programa do banco de dados de preços de medicamentos do MERCOSUL para o grupo *ad hoc*; 2) aprovação do documento de trabalho diretrizes para a atenção a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres; 3) diretrizes para a harmonização da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador; 4) plano de ação da comissão intergovernamental de gestão de riscos e redução da vulnerabilidade; 5) ações para a implementação da política para o controle do tabaco; 7) participação no processo de implementação do regulamento sanitário internacional; 8) estratégia regional para implementação do plano regional de dengue; 9) plano de trabalho do grupo técnico assessor de análise, avaliação e implementação do risco; 10) ações de fortalecimento político e viabilização de recursos para o controle do tabaco; 11) plano de ação conjunta para enfrentar os riscos e impactos de uma eventual pandemia de influenza e gripe aviária; 12) plano de ação da comissão intergovernamental de gestão de riscos e redução da vulnerabilidade; e 13) estratégias conjuntas de fortalecimento de ações para enfrentar os riscos de uma pandemia de influenza aviária na região do MERCOSUL (MERCOSUL, 2006).

Todos os Acordos destacados referem-se principalmente à vigilância sanitária e epidemiológica, não encontramos nenhum acordo com relação à prestação de serviços em assistência à saúde no âmbito do MERCOSUL, em especial na região fronteiriça.

2.4 A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRAS

Por se tratar de normas legais brasileiras, as Normas Operacionais Básicas do SUS não apresentam especificidades em relação à região da fronteira brasileira, em especial a fronteira estabelecida entre os países que compõem o Mercosul.

No entanto, o processo de regionalização, conforme a NOAS-SUS 2002, deveria contemplar o planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação das prioridades de intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Neste caso a preocupação com a implantação de um sistema regionalizado pode ou está apenas condicionado ao acesso ao sistema de saúde aos cidadãos brasileiros, conforme as prescrições das legislações legais sobre o direito à saúde.

Contudo, como veremos na análise, a região da fronteira apresenta particularidades, problemas que em outros municípios, por não serem limítrofes de fronteiras, não existem. Assim, como o município é que está na ponta da execução dos serviços de saúde, são os municípios de fronteira que se deparam com estes problemas, como apontado por alguns gestores em saúde, eles não sabem agir diante dos mesmos, ou agem de forma aleatória, pois não há um amparo legal sobre o acesso dos estrangeiros ao sistema. Percebemos que em alguns municípios esta questão não é discutida ou levada em consideração pelo próprio desconhecimento político por parte destes municípios que afirmam ser normal esta procura de estrangeiros pelos serviços oferecidos no município, pela própria especificidade da territorialidade. Foi ainda destacado que o próprio descaso com esta questão dos municípios de fronteira é conseqüente da falta de exigências e amparo do próprio MS com relação ao financiamento e à assistência em saúde para a população estrangeira. Alguns gestores em saúde também destacaram que não há como relatar estas questões, pois nos relatórios não há “espaço” para a descrição das mesmas, assim os municípios não têm a preocupação com o registro desses atendimentos, pois não há sequer um protocolo de atendimento. Os estrangeiros são atendidos de acordo com o nível de atenção ofertado pelo município, de forma ocasional, imperando o acesso quando o problema de saúde refere-se a casos de níveis mais elevados de assistência em saúde. Desta forma, a realidade dos municípios de fronteira não é levada em consideração quanto ao aspecto de regionalização.

Com a implantação do Mercosul e através dos acordos em saúde estabelecidos pelos países partes deste bloco econômico, a questão da saúde na fronteira começa a ser discutida mesmo que de forma incipiente. Como observamos na pesquisa de campo, não há ainda pactos, acordos com relação à prestação de assistência em saúde aos estrangeiros, apesar da sua existência.

A partir destas colocações buscamos apresentar a discussão sobre os temas relacionados à saúde no âmbito do Mercosul. A partir do propósito do Mercosul e de acordo com as especificidades dos acordos estabelecidos referentes à saúde, podemos considerar que a inclusão do tema saúde ocorreu de forma lenta e gradual e, predominantemente, em relação à circulação de produtos econômicos e/ou comerciais, portanto no campo da saúde pública, da vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2003).

Os dois principais órgãos que compõem o Mercosul são:

- a) Conselho do Mercado Comum (CMC), de caráter político e constituído pelos Presidentes e Ministro das Relações Exteriores e da Economia (ou Fazenda) dos quatro países;
- b) Grupo Mercado Comum (GMC), de caráter decisório-executivo, constituído por representantes dos Ministérios supra citados e mais o Ministério da Indústria e Comércio e do Banco Central dos quatro países (BRASIL, 2003, p.1).

Porém, este último grupo pode constituir-se de Subgrupos de Trabalho (SGT's) e convocar, quando necessário, cumprimento das incumbências, reuniões especializadas *ad hoc*, as quais apresentam suas conclusões ao GMC. Estes SGT's, suas comissões e reuniões especializadas refletem os acordos alcançados sobre os temas de sua competência, em recomendações que são alcançadas por consenso com a presença de todos os países membros. Cabe ao GMC, entre outras competências, aprovar as recomendações do SGT e enviá-las ao CMC para a sanção das definições propostas. As recomendações dos SGT's somente serão aprovadas como Resoluções do Grupo Mercado Comum (GMC) após passarem pelo processo de consulta interna nos Estados Partes do Mercosul. Uma vez aprovadas, as Resoluções GMC devem ser incorporadas ao ordenamento jurídico nacional. Os organismos competentes analisam as Resoluções à luz do princípio da hierarquia das leis e da recepção da nova norma pelo ordenamento jurídico vigente. (BRASIL, 2003).

No Mercosul, até o momento, estão constituídos quatorze SGT's com a incumbência de obter a harmonização de leis, procedimentos, regulamentos e normas técnicas entre os países, a fim de serem eliminadas todas as barreiras não tarifárias para a realização do livre comércio.

Desde 1997, o Ministério da Saúde vem articulando uma série de ações com os países do Mercosul, buscando harmonizar normas e legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da Saúde, além do estabelecimento de critérios para a Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário, o objetivo de proteger e promover a saúde e a vida da população, buscando eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo para o processo de integração (GALLO; COSTA, 2004).

A partir deste período, a saúde no âmbito do Mercosul passa a ser discutida através de dois fóruns específicos: a reunião dos Ministros da Saúde dos países que integram o Mercosul e pelo Subgrupo de Trabalho 11 (SGT Nº 11 - SAÚDE) – Saúde no Mercosul. As reuniões dos Ministros da Saúde do Mercosul (ANEXO P – Organograma Reunião Ministros da Saúde do Mercosul) e as Reuniões do SGT Nº 11 - SAÚDE são realizadas semestralmente,

e discutidas a partir de uma pauta negociadora (Res. GMC 21/2001, revogada, em vigor hoje a Res. CMC 06/2005), documento que determina prioridades e estima os prazos para o seu cumprimento.

Desses fóruns derivam resoluções harmonizadas de normas dos Estados Partes referentes à circulação de bens e serviços. Destas resoluções foi fechada uma série de acordos²⁷ entre os Ministros de Saúde, tais como:

Política de Medicamentos para o Mercosul; Vigilância e Controle de Enfermidades Transmissíveis (Dengue, Doença de Chagas, Cólera, Febre Amarela, Sarampo); criação de um sistema de informações e comunicação em saúde contando com dois sítios oficiais (www.recosulsaude.org e www.mercosulsaude.org) Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul; Contas Nacionais de Saúde; Controle do Tabaco; HIV/AIDS, Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde e Desenvolvimento; Revisão do Código Sanitário Internacional e outros (HOLANDA, 2004, p. 37).

Ressaltamos que a maioria das Resoluções²⁸ do GMC referem-se à Comissão de Produtos para a Saúde, no âmbito de circulação comercial. Até o período de 2004, foram internalizadas setenta e quatro resoluções, ou seja, aprovadas e homologadas pelos quatro países integrantes do Mercosul, sendo sessenta e sete com instrumento jurídico nacional e sete sem adoção de medidas legais necessárias (HOLANDA, 2004).

O SGT N° 11 - SAÚDE foi estruturado a partir de 1998 para atuar nas seguintes áreas: prestação de serviços; produtos para a saúde; vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos e aeroportos, estações e passagens de fronteira (HOLANDA, 2004).

Para cada área foram criadas comissões de trabalho, com as seguintes funções:

a) Comissão de prestação de serviços: busca além da harmonização de marcos regulatórios dos serviços de saúde dos Estados Partes, favorecer a cooperação técnica e integração no âmbito do MERCOSUL, criando condições objetivas para que os Estados Partes possam ampliar o acesso da população do MERCOSUL à atenção a Saúde e assegurar sua qualidade e resolutividade, bem como promover a integração das ações de suas subcomissões (MERCOSUL, 2005);

b) Comissão de Produtos para a Saúde: procura harmonizar os regulamentos técnicos e procedimentos relacionados com os produtos sob regime de

²⁷ No endereço eletrônico <http://www.mercosulsaude.org>, estão todos os Acordos firmados entre os países que integram o Mercosul.

²⁸ Mais informações sobre as Resoluções do GMC, ver *site* <http://www.mercosulsaude.org>.

vigilância sanitária, na cadeia de produção até o consumo, visando à melhoria da qualidade, eficácia e segurança dos produtos ofertados à população, à promoção da saúde e ao gerenciamento de riscos à saúde e, ao mesmo tempo, eliminando os obstáculos injustificados ao comércio regional (MERCOSUL, 2005);

c) Comissão de vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos e aeroportos, estações e passagens de fronteira: O controle sanitário nestes locais compreende um conjunto de ações que têm por finalidade identificar exclusivamente os fatores de risco à saúde causados pelo trânsito de viajantes, produtos, meios de transporte, terminais e cargas (MERCOSUL, 2005).

O objetivo dos trabalhos da Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira é harmonizar inicialmente os procedimentos de controle sobre viajantes, produtos, meios de transporte, terminais e cargas, procurando evitar o risco de propagação de doenças transmissíveis, melhorar as condições sanitárias em portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira e seus arredores e prevenir a disseminação de vetores. A esse respeito e com relação aos produtos e às cargas, a Subcomissão harmonizará as medidas sanitárias correspondentes quando os produtos e as cargas procederem de áreas infectadas ou quando a autoridade sanitária tiver razões para supor que se possam ter contaminado com agentes de uma doença ou servir de veículo para a propagação dessa doença. Já a vigilância epidemiológica é responsável pelo conjunto de ações voltadas para identificação dos fatores de risco para ocorrência de doenças, sua distribuição e tendência, com o objetivo de identificar e adotar medidas de promoção, prevenção e controle (MERCOSUL, 2005).

É importante destacar que a Resolução MERCOSUL/GMC/RES N° 06/05, revoga a Resolução GMC N° 21/01 redefinindo a estrutura organizacional do SGT N° 11. Também destacamos que nestas comissões de trabalho são redefinidas subcomissões com funções específicas. Iremos apenas apresentar as subcomissões de prestação de serviços de saúde, pois será de suma importância para a nossa posterior observação, quando analisarmos o acesso dos estrangeiros aos municípios fronteiriços brasileiros.

A comissão de prestação de serviços está dividida em três subcomissões: a) Subcomissão de Serviços de Saúde; b) Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; c) Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços de Saúde.

A primeira delas tem como objetivo definir requisitos comuns de habilitação dos serviços de saúde dos Estados Partes, levando em consideração os diferentes níveis de atenção, complexidade e qualificação dos serviços: qualificação e expansão da atenção básica

(atenção primária), qualificação da atenção materno-infantil, qualificação da atenção às urgências e emergências; Estruturar as redes de serviços de média e alta complexidade; Definir ações de promoção e prevenção no âmbito do MERCOSUL mediante harmonização que possibilite obter maior eficácia; Analisar os sistemas de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde (MERCOSUL, 2005).

A segunda subcomissão visa identificar e especificar, em função das necessidades e das políticas de saúde dos Estados Partes que profissões e áreas de atuação serão priorizadas; definir critérios de avaliação e certificação de profissionais e especialistas de acordo com estas prioridades; identificar as instituições formadoras dos Estados Partes para as profissões de nível superior; desenvolver o processo de compatibilização das especialidades das profissões de nível superior: identificar o conteúdo da formação das especialidades médicas prioritárias e comuns aos quatro países (desenvolvimento curricular) e as instituições habilitadas visando o reconhecimento recíproco, identificar e priorizar as especialidades das demais profissões de nível superior; definir e acompanhar o processo de implementação da Matriz Mínima para o exercício profissional; desenvolver a formulação de princípios e diretrizes que estabeleçam Direitos e Obrigações para o Trabalho em Saúde no MERCOSUL: a) identificar os códigos de ética das profissões de cada Estado Membro e as instituições que aplicam o mesmo nas profissões de nível superior; b) elaborar princípios e Diretrizes para o trabalho na Saúde no MERCOSUL (MERCOSUL, 2005).

Por último temos a subcomissão de avaliação e uso das tecnologias em serviços de saúde que concerne: harmonização de Metodologias de Avaliação Tecnológica; qualificação de guias de práticas clínicas; definir princípios e diretrizes para a qualificação da gestão tecnológica de equipamentos médico-hospitalares; promover o intercâmbio de informações e estudos de Avaliação das Tecnologias em Saúde (ATS) (MERCOSUL, 2005). Em suma esta resolução busca:

- Harmonizar legislações e coordenar ações entre os Estados Partes na área da saúde necessárias ao processo de integração;
- Compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, de forma a alcançar o reconhecimento mútuo no âmbito do MERCOSUL;
- Definir o relacionamento do SGT N°11 “Saúde” com as demais instâncias do MERCOSUL, procurando a integração e a complementação das ações;
- Propor procedimentos de organização, sistematização e difusão da informação referente à área da Saúde entre os Estados Partes;
- Promover o aperfeiçoamento e a articulação dos sistemas nacionais voltados à qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, com o objetivo de reduzir os riscos à saúde;

- Promover e gerenciar propostas de cooperação que visem à integração regional no setor saúde;
- Promover a atenção integral à saúde e a qualidade de vida das pessoas, mediante ações comuns no âmbito do MERCOSUL (MERCOSUL, 2005, p. 3).

Esta resolução também define as tarefas dos coordenadores nacionais, sendo elas:

- 1) Organizar as atividades do Subgrupo de Trabalho, definindo prioridades e implementando a metodologia de trabalho aprovada;
- 2) Contemplar, no desenvolvimento das Pautas Negociadoras do SGT N° 11, as políticas e diretrizes acordadas na Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e, se for necessário, criar grupos de trabalho apropriados para o tratamento desses temas;
- 3) Promover a elaboração, monitoramento e avaliação dos Programas de Trabalho Anuais das Comissões de forma articulada com outras áreas e instâncias relacionadas com o objetivo do SGT N° 11 “Saúde”;
- 4) Acompanhar e avaliar os resultados das negociações nas diferentes áreas de trabalho do SGT N° 11 “Saúde”;
- 5) Coordenar o relacionamento com outros foros dependentes dos órgãos decisórios do MERCOSUL, que estejam vinculados ao tratamento do tema da Saúde;
- 6) Criar ou fortalecer sistemas informatizados de comunicação, informação e notificação de eventos de importância para a saúde, articulados com as demais instâncias do MERCOSUL, em especial com a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados;
- 7) Analisar, aprovar e elevar ao Grupo Mercado Comum os Projetos de Resolução harmonizados nas Comissões do SGT N° 11 “Saúde”, bem como seus pedidos de revisão;
- 8) Instruir, em caso de necessidade, às Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc* a inclusão de algum tema de saúde que, pela sua natureza contingencial, deva ser incorporado ao seu programa de trabalho;
- 9) Propor e executar Projetos de Cooperação Técnica Internacional em sua área de competência;
- 10) Apoiar iniciativas de integração das ações de saúde nas fronteiras do MERCOSUL (MERCOSUL, 2005, p. 4).

A partir desta resolução observamos que a construção de propostas no âmbito do SGT N° 11 - SAÚDE introduziu uma pauta negociadora referente a bens, serviços, matérias-primas e produtos de saúde, e mesmo que esta tenha ainda o viés da perspectiva econômica ligada à vigilância epidemiológica e ao controle sanitário, haverá de avançar na discussão da prestação de serviços, pois não existem protocolos, normas operacionais de como os objetivos acima expostos devem ser implementados, pois na pesquisa de campo, isso pouco ou nada aparece, e os municípios ficam a mercê desta realidade fronteiriça, pois não há um diagnóstico desta realidade, para a proposição de ações concretas, que assim possibilitem a integração não apenas econômica e política do Mercosul, como também uma integração social. Assim, o acesso à saúde dos estrangeiros nas cidades limites de fronteira parece inexistente e inoperante.

Contudo, a saúde no Mercosul é um grande desafio, pois os países têm experiências históricas e modelos distintos de sistema de assistência em saúde. Fier (2004) aborda nove desafios fundamentais para a construção de um sistema de integração na região de fronteira:

1) investimento em infra-estrutura e ofertas de serviços em cada Estado parte, na região de fronteira, dentro de seu próprio território; 2) investimentos dentro do bloco, o que pode significar um Estado parte investindo em outro; 3) capacitação dos profissionais de todas as áreas como uma ação conjunta do bloco; 4) livre trânsito para os profissionais do setor saúde, de início na região de fronteira; 5) profunda relação de troca de experiências, serviços e conseqüentemente dos próprios profissionais; 6) o programa deve ser distinto para cada fronteira de cada Estado parte, pois distintos são os problemas; 7) identificação de populações, de início na região fronteiriça, mais necessitada; 8) construção de uma identidade política de que saúde é um direito de todos, portanto obrigação de cada Estado parte e do bloco para que todos os que vivem no espaço intrabloco; 9) e o conhecimento e reconhecimento e o respeito à diversidade cultural (FIER, 2004, p. 34 e 35).

Estes desafios são de extrema importância para que haja a integração, talvez os mais difíceis de serem trabalhados sejam os dois últimos, como percebemos na nossa pesquisa. A relação existente nos municípios limítrofes de fronteira com os estrangeiros identificada como amistosa, como relatada por alguns sujeitos da pesquisa, por outros justifica-se como uma relação tensa quando relacionada a questão do direito à saúde por parte dos estrangeiros, como veremos na análise.

Para este autor (2004), o principal desafio refere-se à escassez de recursos financeiros, reafirmados a necessidade de unir esforços, já que nenhum país do bloco tem capacidade para fazer um grande aporte. Neste sentido, busca-se construir um Mercosul de sócios e não de competidores. No caso da saúde, o sistema a ser construído deve ultrapassar a lógica do mercado e basear-se no direito do cidadão, buscando a universalidade e a equidade no atendimento.

Segundo Reis (2004), ao pensarmos na integração dos serviços de saúde nos países do Mercosul, impõe-se a necessidade de se criar ferramentas de gestão locais de sistemas de saúde transfronteiriças eficazes, com o objetivo de possibilitar a integração da oferta de serviços prestados, racionalizando a organização e a utilização dos recursos concernentes à saúde na fronteira.

Dain (2004), a partir de seus estudos sobre a experiência de harmonização dos sistemas de saúde da União Européia e dos casos observados de integração entre

fronteiras, ainda que com menor ênfase, as experiências entre Canadá e entre Estados Unidos e México, destaca que a maior homogeneidade e semelhança entre os sistemas de saúde europeus antes da integração facilitou a harmonização do sistema integrado do bloco europeu. Levando em consideração o exemplo europeu a autora destaca algumas dificuldades e possibilidades para a construção de um modelo político institucional de integração entre os sistemas de saúde no Mercosul.

Segundo Dain (2004) as diferenças mais marcantes entre os países do Mercosul, em termos de sistema de saúde, refere-se ao padrão de financiamento e a concepção pública do sistema de saúde brasileiro aos demais países do Mercosul. No Brasil, o sistema público de saúde é financiado por impostos e contribuições, enquanto que nos demais sistemas nacionais eles se organizam essencialmente em seguros privados e ações financiadas pelo setor público, de abrangência limitada. Esta diferenciação dificultaria o processo de harmonização dos sistemas de saúde no Mercosul e a operação concreta de projetos transfronteiras. Contudo, ressalta que é possível desenvolver ações de curto prazo relativas a harmonização dos sistemas de saúde no Mercosul, como organizar o financiamento e a provisão de ações de saúde transfronteiras nas áreas predispostas a esta cooperação de forma imediata, como produzi-las em outras regiões de fronteira, de forma bilateral ou trilateral, em regiões de convergência e intercessão de ações.

Para a autora já temos avanços concretos do processo de harmonização do sistema nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária. Destaca o apoio às ações de prevenção focadas em HIV/AIDS, nas infecções sexualmente transmissíveis, na tuberculose e nas doenças de resistência a antibióticos, além das ações relativas ao controle da malária, hanseníase, febre amarela, cólera. Portanto, o nível de prevenção independe da natureza pública ou privada dos sistemas de saúde e de suas gradações de financiamento, sendo responsabilidade estatal de todos os países integrantes do Mercosul. Por isso, estas ações constituem um fator comum de políticas que poderá ser ampliado a curto prazo através dos acordos de cooperação bilateral e multilateral entre os países. Como já nos referimos a maioria das resoluções estabelecidas entre os países do Mercosul são ligadas a esta área.

No campo institucional, Dain (2004) aponta a constituição de Centros de Referência de Especialidades no âmbito do Mercosul, sendo este um projeto de longo prazo, no âmbito da harmonização do Mercosul, mas que se imporá, uma vez que a livre circulação entre cidadãos dos países membros é uma realidade.

No campo da atenção primária, os pacientes já buscam os serviços da rede de saúde no Brasil nas cidades de fronteiras e paralela a esta demanda por assistência em

saúde, associa-se a busca de vacinas e medicamentos gratuitos (DAIN, 2004). Conforme a pesquisa percebemos que isso ocorre muito nos municípios pesquisados.

Com relação às ações supranacionais relativas à prevenção e também aos medicamentos de alto custo e de administração supervisionada, para Dain (2004) o financiamento deveria ser feito por um acordo separado, dissociado das ações correntes da política de saúde, com aporte dos recursos dos países e também com doações internacionais. Para a autora haveria de se criar um Fundo Financeiro de natureza supranacional, que garantisse a produção e a distribuição de medicamentos essenciais, nos campos mencionados.

Já no campo dos medicamentos, também temos avanços, talvez por se tratar de produtos comerciais. Existe uma harmonização no âmbito do Mercosul, com a normatização dos produtos e mercadorias, tais como alimentos, produtos de limpeza e beleza assim como de medicamentos. Porém estes últimos enquanto política pública requer outras estratégias, além das comerciais (DAIN, 2004). Na pesquisa constatamos que medicamentos oferecidos pela rede SUS, também são distribuídos aos estrangeiros, conseqüentemente a utilização da assistência em saúde.

Na questão dos medicamentos a autora coloca que o Brasil por ter a melhor política de medicamentos para HIV/AIDS da região, além de produzir e distribuir no âmbito das ações públicas todos os medicamentos contra a tuberculose, é de se prever que este será um tema relevante da política de saúde da região e um possível ponto de pressão a ser exercida pelos demais países da área, sobre o sistema de saúde brasileiro. Este seria um motivo para a construção de um marco de referência para o futuro desenvolvimento de ações coordenadas, em nível regional. Convém ressaltar, que algumas cidades fronteiriças já recebem medicamentos para HIV/AIDS disponibilizados pelo MS brasileiro.

Essas constatações a respeito da harmonização na área da saúde evidenciadas por Dain são muito importantes e deveriam ser levadas em consideração na construção do sistema integrado de saúde e as ações em saúde no âmbito do Mercosul, para o qual a autora destaca a necessidade de uma reorganização ou adaptação de nosso sistema de saúde às questões observadas na fronteira, colocando como proposta:

Há que separar as ações para pacientes brasileiros a serem realizados fora do país e as ações de saúde para pacientes de outras nacionalidades a serem realizadas no Brasil. Para os brasileiros, o acesso a outros serviços e sua regulação não envolve mudanças ou pressões sobre o financiamento. [...] Bastaria credenciar alguns serviços além fronteiras, que operariam segundo a tabela do SUS e para eles encaminhar nossos pacientes, regulando o acesso em torno de questões geográficas e de distribuição espacial das redes

de serviço. A recíproca, entretanto não é verdadeira, uma vez que, nos demais países do Mercosul, só os segurados por planos de saúde ou em esquemas contributivos diretos poderiam ter direito a reembolso, nos padrões atuais de funcionamento de seus diversos serviços de saúde. Assim poucos pacientes poderiam utilizar-se da infra-estrutura de serviços de saúde no Brasil e obter ressarcimento de seus gastos fora das respectivas fronteiras, sem uma ação estatal voltada para diluir a separação entre financiamento público e privado, nestas circunstâncias (DAIN, 2004, p. 92).

Neste caso, segundo Dain (2004) seria necessário que todos os países partes alocassem recursos, que se incorporariam às transferências fundo a fundo do SUS e a PPI, buscando formalizar esta demanda que já existe, pois estrangeiros já são atendidos no Brasil, como no caso de alguns brasileiros já serem atendidos nas cidades estrangeiras vizinhas. O estudo de Astorga (2004) coloca que muitos brasileiros buscam atendimento em saúde nas cidades estrangeiras limítrofes, porém, este dado se apresenta diferente quando interrogados os sujeitos da pesquisa, que afirmaram haver pouca procura de brasileiros no lado vizinho estrangeiro, por causa da baixa qualidade e pouca existência de serviços ofertados em saúde. Também em visita a um hospital público do Paraguai localizado na cidade de Rivera – PY que estabelece fronteira com a cidade brasileira de Santana do Livramento – RS não foi constatado este dado. Segundo a informante surgem alguns casos de emergência, como acidentes de trabalhos, a mesma também destacou que há mais procura de estrangeiros em busca de assistência em saúde no Brasil.

Portanto a criação de um fundo, o qual Dain (2004) denomina de Fundo Catastrófico, seria para os serviços mais onerosos, de alta complexidade, como câncer, hemodiálises, transplantes, etc. Neste caso, o Brasil contribuiria de acordo com sua natureza fiscal e incluída na PPI, e sua dimensão dependeria do índice disponibilizado para subsidiar seus países vizinhos.

Neste contexto entra a questão da territorialização da demanda comunitária do Mercosul, com a hierarquização de serviços e eventualmente menor à restrição à generalização da atenção primária. Se a PPI incorporasse os valores oriundos de aportes dos planos de saúde, dos governos, ou do Fundo Catastrófico para as fronteiras os pacientes transfronteiriço poderiam ser referenciados para outros níveis de atenção, em cada região de fronteira, seriam pactuadas as ações entre países envolvidos. Assim, além do financiamento e da regulação do SUS pelas suas normas operacionais, seriam necessários a acreditação de instituições e profissionais, o estabelecimento de padrões e protocolos clínicos, além da conformação de garantias sobre o uso e manipulação de equipamentos, disponibilidade e compatibilidade de sistemas de informação, tanto para pacientes, como entre os sistemas para

os quais são referidos (médicos e serviços). E como requisitos estaria a consistência dos procedimentos de contratação e reembolso e na legalidade das transações entre fronteiras. Por último, haveria de se formalizar um acordo sobre os procedimentos de avaliação de desempenho e qualidade das ações praticadas. Isso tudo seria constituído através de acordos bilaterais entre as regiões supranacionais de saúde (DAIN, 2004).

Levando-se em consideração todos estes aspectos, e apesar das assimetrias entre o sistema de saúde brasileiro dos demais países do Mercosul, Dain (2004) sugere a criação de um sistema de gestão, no qual seriam habilitados por adesão, os municípios de fronteira brasileiros que dispusessem a operar em âmbito transfronteiriço. Pois a formalização de ações já em curso no SUS e que incluem cidadãos de região de fronteira, brasileiros ou não, que transcendem as considerações formais de residência contribuiria para melhorar a gestão do sistema de saúde transfronteira. Assim a condição de gestão, inicialmente no âmbito das ações do SUS, posteriormente poderiam ser ampliadas para os demais países fronteiriços e para além da faixa de fronteira brasileira não Mercosul.

Como constatamos na pesquisa realizada as “ações informais” no âmbito da epidemiologia, destacando-se as vacinas, da atenção primária ou mesmo nos demais níveis de complexidade, é necessária a regulação da demanda e do financiamento das ações tanto na área de vigilância epidemiológica e sanitária, quanto da assistência.

Como proposta de gestão estaria:

Os municípios habilitados na condição de municípios SIS-Mercosul, receberiam crédito suplementar fundo a fundo e também teriam que planejar suas ações transfronteiras no espaço PDI e do PDR, juntamente com as ações dos demais municípios. Faria parte da condição de habilitação para gestão do SIS-Mercosul: a capacitação de profissionais de Saúde para opera em âmbito transfronteiriço; a harmonização dos calendários de vacinação transfronteiras; acreditação dos serviços e dos profissionais; adaptação dos sistemas de informação, dentro da estrutura dos sistemas de informação do SUS; e a definição da referência e contra-referência (DAIN, 2004, p. 94).

A autora propõe que a habilitação dos municípios poderia ser efetivada no sistema de gestão plena de atenção básica e no de gestão plena do sistema de acordo com as normatizações do SUS. Também coloca que deveria ser criado um Observatório de Fronteira, integrando as ações dos municípios SIS-Mercosul, tanto no campo das especialidades Médicas, quanto no campo de ensino dos profissionais de saúde.

Sulamis Dain faz considerações importantes com relação à criação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras), percebemos que há um avanço

em sua discussão, pois aborda questões como gestão, sistema de informação, sistema de avaliação, financiamento, normatizações (protocolos, pactuações).

Reis et al. (2004) colocam que o processo de integração deve contemplar estratégias para universalizar o acesso e padronizar minimamente a qualidade da atenção básica e a urgência e emergência a serem ofertadas a população, como portas de entrada do SIS – Fronteiras, assegurando a gratuidade financeira. Onde o acesso refere-se à acessibilidade física, a financeira, e a informação, compreendendo os seguintes domínios:

Porcentagem da população abrangida pelo regime com financiamento público; gama de serviços disponíveis ao abrigo do regime como financiamento público; acesso ao seguro de saúde privado, de caráter voluntário; tempo de espera para a obtenção de um serviço; disponibilidade de serviços de boa qualidade; disponibilidade de tratamentos inovadores; preço dos serviços de cuidados de saúde e nível de co-participação de custos; escolha à disposição das pessoas (como acordos em matérias de encaminhamento ou prestadores contratados; variações de caráter socioeconômico e informação sobre os serviços e profissionais, incluindo a sua mobilidade (REIS et al., 2004, p. 176).

Já as questões relativas à qualidade, incluem as condições de entrada no mercado, as condições processuais de avaliação do exercício da atividade médica e deve abranger os seguintes domínios: “a) Padrões nacionais com base em provas de eficiência; b) mecanismos organizativos destinados a assegurar cuidados seguros e de alta qualidade; c) metodologias de acompanhamento e avaliação; d) segurança do doente; e) e experiência do doente” (REIS et al., 2004, p. 176-177).

Com relação à viabilidade do Projeto SIS – Fronteiras devem ser considerados os espaços de governabilidade assumidos pelo MS na discussão do mesmo e os recursos (financeiros, organizativos, cognitivos e políticos) necessários a implantação do projeto que estão sobre a responsabilidade do MS (REIS et al., 2004).

A partir do estudo de Reis et al. (2004, p. 177-182), elaboramos um quadro para apresentar as operações a serem trabalhadas para a criação do SIS – Fronteiras. Não iremos fazer uma análise do sistema, pois este é ainda incipiente, aprovado apenas em 2005. Mas na nossa análise utilizaremos estes dados, pois muitas destas operações sugeridas no período da coleta de dados estão longe de serem implementadas em virtude do pouco conhecimento dos municípios sobre este sistema. Alguns gestores desconheciam a possibilidade deste sistema, então como exigir destes tantas responsabilidades?

	Aspectos organizacionais	Aspectos político-institucionais	Regulação e financiamento
Operações de curto prazo ou imediatas - (A serem concluídas até dezembro de 2004)	Formalizar a garantia do acesso, nos padrões atuais, do atendimento ao cidadão de outros países; Habilitar os municípios fronteiriços para atendimento de estrangeiros; Criar um repasse de fundo a fundo a partir da adesão dos municípios de fronteira, estabelecendo responsabilidades formais com a capacidade de ajustar os fluxos de atendimento, mesmo que não se tenha um diagnóstico preciso desta realidade, estabelecendo-o com base no número de habitantes do município; Realizar estudos sobre o perfil de saúde na fronteira; Incluir na pauta a revisão da política de regionalização do SUAS nas regiões de fronteira: Identificar ou desenvolver em parcerias com a OPAS metodologias adequadas para análise da oferta e demanda por ações em saúde na fronteira.	Realizar estudos sobre o arcabouço jurídico-normativo dos países partes do Mercosul, relacionados a integração fronteiriça, como fluxo de recursos, disponibilidade e captação de recursos; Identificar e desenvolver instrumentos de gestão que possibilitem a formalização no nível local das ações de saúde; Orientar os municípios brasileiros sobre a possibilidade de realizar licitações internacionais para compra de serviços assistenciais em países vizinhos; Realizar Seminário Internacional de Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do Mercosul, subsidiando o processo de integração.	Identificar o custo de ações e serviços de saúde oferecidos na região de fronteira; Discutir o processo de informação em saúde e projetos de identificação dos usuários, profissionais e serviços e tecnologias possíveis; padronizar os relatórios mínimos a partir dos sistemas existentes, para a criação do Observatório em Saúde no Mercosul; Integrar as discussões a respeito das medidas de compensação financeira.
Operações de médio prazo - (A serem concluídas até dezembro de 2005)	Organizar a demanda assistencial, disciplinando e identificando os fluxos de MC e AC; criar instrumento único de identificação dos usuários em cada país; Possibilitar o livre exercício profissional; elencar as ações de saúde prioritárias de acordo com o diagnóstico local.	Regulamentar, por meio de lei complementar a definição da faixa de fronteira estabelecida pela CF de 1988, considerando os antecedentes da legislação brasileira, bem como as Resoluções incorporadas ao Ordenamento Jurídico dos Estados partes do Mercosul.	Iniciar o planejamento integrado para a ampliação da capacidade operacional de maior demanda na região de fronteira; Promover a compatibilidade entre os sistemas de informação referentes à prestação de serviços; Desenvolver sistema integrado de informações epidemiológicas; Estabelecer mecanismos de ressarcimento entre operadores de planos de saúde e entre estas e o setor público; Buscar recursos externos para investimentos estratégicos; Realizar o diagnóstico da capacidade instalada, referentes a assistência, produção de insumos e tecnologias e as demandas a serem referidas aos outros países.
Operações de longo prazo - (A partir de janeiro de 2006) dezembro de 2004)	Adotar uma política de assistência em comum entre as redes identificando os processos de referência e contra-referência; integrar a gestão e formação de recursos humanos.	Identificar as condições de direitos e deveres dos usuários nas normas legais vigentes nos quatro países, bem como o estabelecimento de padrões comuns para orientar o acesso, a oferta e a qualidade das ações e serviços em saúde e os mecanismos para o esclarecimento de dúvidas a esse respeito; Ampliar a mobilização da sociedade civil, gestores, trabalhadores e usuários, visando a integração.	Criar Fundos de coesão e desenvolvimento estrutural para custeio das ações já desenvolvidas e das que possam vir a ser implantadas (na assistência) e implantar projetos multilaterais (gestão, pesquisa, informação, produção de insumos, tecnologias, etc). A definição das fontes de recursos próprios dos países ou captados com a cooperação e de mecanismos de controle e avaliação e de estrutura de gestão desses recursos deve ser objeto de pactuação; Iniciar o compartilhamento de padrões de informações, do processo de registro de eventos e de identificação dos usuários, profissionais e serviços para efeitos do sistema de informações.

Quadro 4– Operações de curto, médio e longo prazo.

Fonte: Gallo e Costa (2004, p. 177-182)

A partir disso, iremos apresentar o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras), mesmo que este ainda esteja na sua forma embrionária de criação.

2.5 CAMINHOS DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DAS FRONTEIRAS

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras), foi idealizado numa reunião do SGT N° 11 - Saúde, durante um seminário de planejamento em 2003, para que o Brasil inicia-se uma discussão sobre o tema para, posteriormente os países vizinhos elaborassem conjuntamente um acordo, permitindo a integração organizativa do sistema (COSTA; GALLO; MORAES, 2004). O objetivo do SIS – Fronteiras é integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteiras.

Assim a Cooperação Técnica entre os países do MERCOSUL na área da saúde seria executada por equipes designadas e contratadas pelos Ministérios da Saúde dos respectivos países (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai) e dos Estados associados (Bolívia e Chile) sob a Coordenação do Ministério da Saúde brasileiro, através da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE) e da Secretaria Executiva, encarregados de coordenar os trabalhos de produção do atlas e da metodologia de acompanhamento e, articular o mecanismo institucional de coordenação e monitoramento. Contudo qualquer proposta de integração na área da saúde no âmbito do MERCOSUL deve ser primeiramente avaliada pelos Coordenadores Nacionais do SGT N° 11 – Saúde do GMC (órgão executor do bloco) e pela Reunião de Ministros da Saúde do CMC (GALLO et al., 2004).

Partindo das responsabilidades especificadas a coleta de sugestões e informações para a elaboração do Projeto SIS – Fronteiras, foi realizada através de três atividades articuladas e complementares:

Realização de uma oficina com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, do Subgrupo de Trabalho - SGT N° 11 - SAÚDE – “Saúde” e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS; elaboração de estudos por especialistas sobre as experiências internacionais de organização da assistência à saúde em regiões fronteiriças, as experiências brasileiras de parcerias entre municípios para assistência à saúde e estudo das condições de sustentabilidade do SIS-MERCOSUL pelo enfoque da economia da saúde; e realização de seminário reunindo os profissionais que desenvolveram as atividades anteriores com gestores municipais e estaduais

das regiões de fronteira, além de representantes de experiências em desenvolvimento nessas regiões (REIS, et al, 2004, p. 171).

Nesse ínterim, a execução do SIS – Fronteiras permaneceu paralisado, sendo apenas criado oficialmente em junho de 2005, quando foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite as portarias GM1120/2005, GM 1122/2005. A primeira portaria refere-se à instituição e a segunda portaria a regulamentação do SIS – Fronteiras. Contudo, este processo caminha a passos lentos e está no seu início. Sendo lançado no mesmo período na cidade fronteira de Uruguaiana – RS, visando consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito das áreas de fronteiras; avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras; desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação; e mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação (BRASIL, 2005a).

O SIS-Fronteiras contempla os cento e vinte um (121) municípios fronteiriços do Brasil e seu processo de implantação possui duas etapas: Na primeira etapa envolve sessenta e nove (69) municípios, nos estados do Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), Paraná (PR) e Mato Grosso do Sul (MS) e a segunda etapa comporta cinquenta e dois (52) municípios, nos estados do Mato Grosso (MT), Rondônia (RO), Acre (AC), Amazonas (AM), Roraima (RR), Amapá (AP) e Pará (PA) (BRASIL, 2006).

Os objetivos do SIS – Fronteiras são:

- I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;
- II - verificar as demandas e a capacidade instalada;
- III - identificar os fluxos de assistência;
- IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;
- V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e
- VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros (BRASIL, 2005a).

Os órgãos competentes pela estruturação do SIS – Fronteiras são a Secretaria-Executiva (SE) e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. Para a instituição do sistema são previstos “R\$ 6.500.000,00 no ano de 2005, proveniente do Programa de Trabalho 10.122.1300.7666.0001, Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde - QUALISUS - Nacional, com fontes consignadas no orçamento vigente (BRASIL, 2005a).

A execução do SIS - Fronteiras, está dividida em três fases: primeira, elaboração do diagnóstico e plano operacional; segunda, implantação de serviços para áreas de fronteiras e na terceira, qualificação de gestão em áreas estratégicas (BRASIL, 2005a).

Com a aprovação da Portaria GM 1.122/2005, estas etapas são apresentadas de maneira detalhada de acordo com as regiões fronteiriças:

- I - Etapa 1 - até dezembro de 2005 - implementação da Fase I nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá -MS;
- II - Etapa 2 - de janeiro a dezembro de 2006 - implementação das Fases I e II nos municípios de fronteira da Região Norte e implantação das Fases II e III nos municípios de fronteira com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS; e
- III - Etapa 3 - 2007 - consolidação da Fase III com implementação nos municípios de fronteira da Região Norte e desenvolvimento nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá – MS (BRASIL, 2005b).

Com relação ao financiamento, este permanece o mesmo da portaria anterior, porém define que no primeiro ano de implantação os recursos financeiros sejam repassados, em parcela única no início de cada fase e que a partir de 2006, os recursos financeiros estabelecidos sejam repassados mensalmente no valor equivalente a 1/12 do total atribuído. Com relação ao repasse do orçamento aos municípios, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) deverá adotar as medidas necessárias à transferência regular e automática dos valores fixados para os fundos municipais (BRASIL, 2005).

Para a operacionalização da primeira fase - Diagnóstico e Plano Operacional, estabelece como critérios:

- I - a descrição de sua clientela pela identificação de usuários, no prazo de 30 (trinta) dias;
- II - realização de diagnóstico local de saúde da população a ser contemplada nos serviços de saúde e formação de Comissão Local de Saúde, no prazo de 6 (seis) meses; e
- III - apresentação de plano operacional, pactuado na Comissão Local de Saúde, prevendo as estratégias e ações para o atendimento da clientela, incluindo programação físico-financeira das ações e execução do Programa de Qualificação da Gestão, em até 60 (sessenta) dias após a realização do diagnóstico (BRASIL, 2005b).

A comissão local de saúde deverá funcionar de forma articulada e integrada ao Conselho Municipal de Saúde e ser composta pelos responsáveis pelos sistemas de saúde nos dois lados da fronteira, com a finalidade de elaborar e pactuar o plano operacional de

saúde contendo as ações e sua programação físico-financeira. Após o plano operacional, deverá ser submetido à análise e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada unidade da Federação e, em caso de aprovação, deverá ser remetido ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Para a implantação de serviços da Fase II, atendimento ambulatorial básico, incluindo primeiro atendimento às urgências para 100% da população. Nesta fase o gestor receberá o valor financeiro adicional e variável, em função da gestão dos novos serviços, da condição de gestão assumida e da quantidade de novos serviços ofertados, segundo critérios estabelecidos pela Comissão Tripartite de Acompanhamento e Avaliação. Também os Estados poderão receber o financiamento e no segundo ano de execução, os recursos serão incorporados ao teto financeiro dos estados e dos municípios (BRASIL, 2005b).

Para isso é criado o Termo de Adesão ao SIS - Fronteiras, de forma a garantir o repasse de incentivos financeiros para integração e racionalização dos serviços e sistemas de saúde nos municípios fronteiriços do país. Os municípios de linha de fronteira que compactuarem com o Termo de Adesão serão contemplados com o repasse de recursos.

Após a realização do Diagnóstico, com a identificação de usuários e fluxos assistenciais existentes, a elaboração do Plano Operacional e a Implantação de Serviços, com a conseqüente integração, consolidação e qualificação das informações, a Comissão Tripartite de Acompanhamento e Avaliação encaminhará o processo de avaliação para o estabelecimento de parâmetros e referências entre o SIS - Fronteiras e os serviços especializados de saúde situados fora da linha de fronteira, com formulação de novas propostas para absorção do impacto financeiro que vier a ser observado. No caso de haver divergência entre Estados e municípios na implementação das ações, irá adotar-se o fluxo de pactuação estabelecido pela Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2005b).

Em 2006, contudo, a Portaria GM 1122/2005 é revogada e alterada, havendo modificações nas seguintes etapas e nos respectivos prazos de alterações na implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, definidas da seguinte forma:

Etapas	Região	Fase I	Fase II e III
Etapa I	Sul e Mato Grosso Do Sul	Até setembro de 2006	De outubro de 2006 a setembro de 2007
Etapa II	Norte e Mato Grosso	De abril a setembro de 2006	De outubro de 2006 a setembro de 2007

Quadro 5 – Etapas implantação SIS – Fronteiras.

Fonte: Minuta Portaria Nº Xxxx/06 (Revoga a Portaria 1.122/05), BRASIL, 2006.

Além do Termo de Adesão institui o Aditivo ao Termo de Adesão ao SIS - Fronteiras, que define as responsabilidades entre as partes de cada esfera de governo.

Primeiro define os direitos, atribuições e obrigações dos municípios colocando que os mesmos deverão executar as fases do projeto SIS - Fronteiras, visando a qualidade das atividades e produtos; observar os produtos que o município deverá apresentar no final de cada fase, à coordenação do SIS - Fronteiras/MS para ser considerado apto para a fase seguinte; executar a fase III conforme as ações e serviços identificados no Diagnóstico Local e no Plano Operacional aprovado; encaminhar os relatórios referentes às ações das Fases II e III, trimestralmente, ao Estado e à coordenação SIS - Fronteiras, para fins de avaliação e monitoramento do projeto; aplicar os recursos recebidos do FNS e do MS; responsabilizar-se integralmente pelas parcerias, contratações e pagamentos de pessoal que vierem a ser necessários para a execução das atividades inerentes ao projeto SIS - Fronteiras, de acordo com o Plano Operacional aprovado, inclusive encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes; e fazer constar o nome e as logomarcas do SUS, MS e SIS - Fronteiras, em todo e qualquer material impresso, editado, filmado ou gravado em vídeo que venha a ser produzido em função do cumprimento deste Aditivo ao Termo de Adesão, bem como a referência expressa ao apoio recebido (BRASIL, 2006a).

Em segundo, destaca os direitos, atribuições e obrigações da Secretaria Estadual de Saúde:

- I - Apoiar a implementação do SIS FRONTEIRAS no estado;
- II - Prestar assessoramento técnico para boa execução do projeto;
- III - Acompanhar e avaliar as ações relativas ao SIS FRONTEIRAS no Estado;
- IV - Emitir parecer técnico à coordenação do SIS FRONTEIRAS/MS sobre os relatórios de execução dos municípios, 20 dias após seu recebimento pelo estado.
- IV - Subsidiar o Ministério da Saúde de informações, respeitando os prazos acordados (BRASIL, 2006a).

Em terceiro, pontua os direitos, atribuições e obrigações do MS, que são: estabelecer o teto financeiro para as ações; repassar para FNS os recursos referentes às Fases I e II em parcela única, ao início de cada fase e os recursos referentes à Fase III; acompanhar, avaliar e homologar a execução das fases do projeto SIS - Fronteiras; prestar assessoramento técnico para a boa execução do projeto; firmar convênios ou instrumentos congêneres com outras instituições, quando necessário, para auxiliar na execução do projeto (BRASIL, 2006a).

O Aditivo ao Termo de Adesão deixa claro que no caso dos municípios não cumprirem com suas responsabilidades nas fases definidas no prazo estabelecido ou a desistência do município em participar do projeto implicará na devolução dos recursos, resguardados os valores já aplicados no projeto até o limite executado (BRASIL, 2006a).

Quanto ao financiamento, este permanece o mesmo da portaria anterior, contudo os recursos financeiros da Fase I e da Fase II²⁹ serão repassados aos municípios brasileiros fronteiriços que aderirem ao Projeto, em parcela única ao início de cada fase. Já os recursos financeiros estabelecidos para a Fase III serão repassados segundo o Plano Operacional aprovado. Sendo que nas Fases II e III serão repassados recursos que poderão ser utilizados para contratação de pessoal, aquisição de material de consumo, aquisição de equipamentos, aquisição de unidade móvel, reforma, construção e ampliação, conforme o Diagnóstico Local e o Plano Operacional. Caberá ao FNS adotar as medidas necessárias à transferência regular e automática dos valores fixados para os fundos municipais ou estaduais em consonância com o Plano Operacional aprovado e as normas vigentes (BRASIL, 2006).

No entanto os municípios somente serão considerados aptos para a fase seguinte após a apresentação à coordenação do SIS- Fronteiras, do cumprimento das atividades de cada fase:

a) Fase I - Diagnóstico Local; Plano Operacional aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB estadual; b) Fase II - Execução das ações prioritárias definidas no Plano Operacional aprovado no que se refere à qualificação e implementação da rede de saúde, respeitando-se o limite financeiro disponibilizado para esta Fase (BRASIL, 2006).

Somente na Fase III, o gestor municipal poderá receber valor financeiro adicional e variável, de acordo com o Plano Operacional aprovado, segundo critérios propostos pelo Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento e adotados pela coordenação do SIS – Fronteira /MS. E excepcionalmente, a partir do Diagnóstico Local, do Plano Operacional aprovado e dos parâmetros definidos nas PPIs estaduais, os municípios poderão ser contemplados pelo projeto, serviços de saúde de referência regional situados em

²⁹ De acordo com o Aditivo do Termo de Adesão o total de recursos destinados aos municípios localizado na linha de fronteira Região Sul e Mato Grosso do Sul Fases I a III é de: R\$ 8.250.289,90 e o valor referente à Fase III corresponde a R\$ R\$ 2.887.601,47. O valor do projeto SIS – Fronteiras corresponde a 40% do valor do PAB fixo do município (ref. dez/2005). Mais informações sobre os percentuais específicos de cada município das macroregiões de fronteira consultar Anexos III, IV e V do Aditivo do Termo de Adesão (BRASIL, 2006a).

outros municípios para absorção de impacto, inclusive financeiro que vier a ser observado, considerados os limites de recursos previstos para o projeto (BRASIL, 2006).

O não cumprimento de um dos itens da Fase I, II ou III no prazo estabelecido ou a desistência do município em participar do projeto, aplica-se a mesma medida do Aditivo Termo de Adesão. Mas, na impossibilidade do município cumprir os prazos estabelecidos, este poderá solicitar prorrogação de prazo com respectiva justificativa à coordenação do SIS – Fronteiras, que avaliará a solicitação e definirá prazo, não podendo exceder ao prazo de igual período. No caso de eventuais conflitos entre Estados e municípios na implementação das ações sigam o fluxo de pactuação estabelecido pela Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2006).

Em 5 de junho de 2006, é aprovada a Portaria nº 1.188/GM revogando a Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005, dando nova redação ao SIS – Fronteiras, estabelecendo como seus objetivos: promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. E cada município deverá executar suas etapas observando suas especificidades loco-regionais:

- I - Fase I - Realização do Diagnóstico Local de Saúde, quali-quantitativo; e elaboração do Plano Operacional;
- II - Fase II - Qualificação da gestão, serviços e ações, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços; e
- III - Fase III - Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços (BRASIL, Art. 2º, 2006).

Esta portaria coloca ainda que MS deve criar um Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento das Ações relativas ao SIS – Fronteiras, de caráter consultivo e uma Câmara Técnica de Assessoramento ao mesmo. Continuando sob responsabilidade da SE a estruturação do SIS – Fronteiras.

Estas são as portarias que estruturam e regulamentam o SIS – Fronteiras desde o seu início até os dias atuais.

3 O ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL: A IMPORTÂNCIA DESTE CONCEITO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Nas primeiras décadas do século XX, o Estado não intervinha no setor da saúde, apesar dos altos índices de mortalidade da população. Não existiam, no Brasil, hospitais públicos, mas apenas entidades filantrópicas ligadas às igrejas e mantidas por contribuições e auxílios governamentais. Os hospitais existentes até então contavam apenas com o trabalho voluntário e assemelhavam-se a um depósito de doentes que ficavam isolados da sociedade para não contagiá-la (SCLIAR, 1987).

Nesse período, a intervenção do Estado na área de saúde pública estava fundamentada no modelo de polícia-médica ou sanitária alemã. Este era um modelo eminentemente autoritário e paternalista, preocupado, sobretudo com os aspectos legais da questão de saúde, sempre pautada em leis e regulamentos resultantes da doutrina de governo, fortemente centralizadora, que correspondia às necessidades da política econômica e da forma de administração dos Estados alemães. A proposta de polícia-médica referia-se à medidas como: prevenção de doenças contagiosas, à higiene pré-natal, à limpeza das ruas, à pureza do ar, ao combate ao charlatanismo e à assistência médica (SCLIAR, 1987).

O modelo médico-assistencial privatista foi gestando-se paralelamente a um movimento de crescente integração e universalização da política de saúde das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) da década de 1920. Com o crescimento da atenção médica-previdenciária, observou-se a redução progressiva das ações campanhistas, que acabou por consolidar e tornar hegemônico, na metade da década de 1960, o modelo médico-assistencial privatista.

Entretanto, o acelerado processo de industrialização e de urbanização gerou um grande contingente de trabalhadores, com suas famílias, que pressionavam por assistência médico-hospitalar. Essa pressão também ocorria por parte do empresariado, que exigia um trabalhador com plena capacidade produtiva (NOGUEIRA, 2002). A intervenção estatal no saneamento do espaço de circulação de mercadorias, até então objeto da saúde pública, passou a se constituir numa ação secundária, pois o Estado passou a se preocupar agora com o corpo social da massa de trabalhadores para garantir o desenvolvimento do país.

Os processos de modernização e os problemas deles derivados, com a expansão das enfermidades crônico-degenerativas, levaram as autoridades sanitárias a incluí-los em sua pauta. Nesse campo, a opção escolhida como política governamental via

assistência-médica individual, inicia-se com a medicina previdenciária. Essa iniciativa foi uma das primeiras formas de regulação da mão-de-obra, através da intermediação estatal centrada na necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho, sob o impulso e a pressão dos grupos organizados de trabalho, que se concentravam nos centros industriais em expansão (NOGUEIRA, 2002).

Segundo Nogueira (2002), no início dos anos de 1960, ocorreu uma incipiente descentralização do sistema de saúde, com a criação das Secretarias Estaduais e Municipais. O público-alvo da intervenção do Estado era a população excluída do sistema securitário, que crescia rapidamente devido ao êxodo rural no período.

Com o golpe militar de 1964, houve várias mudanças nas políticas e na economia nacional.

Com o poder ditatorial, altamente repressivo, o governo refez o pacto entre a elite dirigente, dando um novo direcionamento nos investimentos, criando fundos específicos para financiar as políticas setoriais, interrompe-se o processo de descentralização, centralizando as decisões e inibindo qualquer manifestação de ordem democrática (NOGUEIRA, 2002, p. 146).

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e com aprovação da Lei 6.229/1975, criando o Sistema Nacional de Saúde, institucionalizou-se ainda mais o modelo médico-assistencial privatista, na medida em que estabeleceu responsabilidades ao Ministério da Saúde (MS), correspondentes à ações coletivas, ações de saúde pública, às populações de baixa renda, excluída do mercado formal de trabalho e, ao MPAS, responsabilidades de assistência médica individual para a população inserida no mercado formal de trabalho.

Essa divisão, segundo Cohn (2002), acabou por consolidar a assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica pública ou filantrópica para a população mais empobrecida.

Nos primeiros anos da década de 1980, vivencia-se a crise financeira da Previdência Social. Esse contexto coloca em evidência a ampliação das políticas sociais, cada vez mais necessárias para o governo autoritário como estratégia para recomposição de sua base política, através da ampliação de cobertura de beneficiários, de forma contínua e sem a criação de novas fontes de financiamento (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Também na saúde, intensificaram-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, por parte de movimentos populares emergentes. Em 1980, o MS convoca e

organiza a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os Serviços Básicos de Saúde. Mesmo sem representação popular e com plenário restrito aos técnicos de saúde, em particular de saúde pública, e alguns nomes expressivos da medicina, a discussão central nos programas de extensão de cobertura de ações básicas de saúde permitiu uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto da assistência quanto organizacional, do modelo de atenção à saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

A partir da aprovação, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, do projeto da Reforma Sanitária, dar-se-ia continuidade às resoluções emanadas dessa através da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na luta pela implantação do projeto na esfera do governo. Com isso, as frentes de luta se deslocaram do campo social para o interior dos organismos de saúde (GERSCHMAN, 1995).

Em 1988, é aprovada a nova Constituição da República Federativa do Brasil, a qual incorpora as propostas do movimento sanitário. A saúde passou a integrar o tripé da Seguridade Social³⁰. Foi definida como resultado de políticas sociais e econômicas, reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado, rompendo com o vínculo entre contribuição e acesso, deixando para trás o modelo excludente de seguro social, que até então imperava na Previdência Social e nas políticas sociais.

Estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estas leis expressam as conquistas preconizadas na Constituição, reiterando os princípios da Reforma Sanitária. A Lei 8.080/1990 veio aprimorar o funcionamento do SUS, de acordo com os princípios que regem a Constituição, os quais estão divididos nos princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos.

Os primeiros dizem respeito a: a) **universalidade** – entendida como a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; b) **equidade** – a saúde deve ser redistributiva, com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve-se dar tratamento, ou melhor, prestar bens ou serviços de acordo com as necessidades e/ou de acordo com a complexidade que cada caso requeira, objetivando proporcionar uma maior uniformidade, seria um tratamento desigual para situações desiguais; c) **integralidade** – direito das pessoas serem atendidas na sua totalidade, conforme suas necessidades. É “... entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,

³⁰ Conforme o Art. 194 da Constituição da República Federativa do Brasil, "a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 2001, p.117).

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990a).

Quanto à organização, o SUS define os princípios que devem ser cumpridos pelos gestores: a) **descentralização** – a gestão do SUS passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios. A redistribuição de recursos e responsabilidades entre as três esferas do governo, sendo que a União só deverá executar aquilo que os níveis locais e estaduais não podem ou não conseguem atender; b) **regionalização** – refere-se à distribuição dos serviços, de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Isso exige ações articuladas entre Estados e Municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios; c) **controle social** – refere-se à obrigatoriedade de implantação e de funcionamento de Conselhos de Saúde nos três níveis do governo; d) **resolubilidade** – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento de saúde, surge um problema de impacto coletivo, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

Assim, as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser providos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, pautadas nas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Um dos avanços mais significativos da implantação do SUS, nos anos de 1990, foi a ampliação do acesso aos serviços de saúde como resultado, principalmente, do intenso processo de descentralização político-administrativa, orientado, em grande parte, pelas Normas Operacionais - NOB-SUS, editadas pelo Ministério da Saúde, as quais detalharemos mais adiante.

A partir de 1998, com a implantação da NOB- SUS 01/1996, observaram-se mudanças importantes relacionadas à estruturação da atenção básica, a ampliação e organização da rede de serviços públicos.

Com os avanços e limitações da descentralização, nos anos 1990, através das mudanças introduzidas pela NOB-SUS 01/1996, torna-se evidente a necessidade de aumentar a articulação entre os sistemas municipais de saúde e de fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde na sua função reguladora, buscando assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas. Dessa forma, a regionalização passou a ter um importante destaque no debate setorial a partir do final da década de 1990. O Ministério da Saúde procurou, então, criar estratégias e instrumentos voltados para o fortalecimento da gestão pública do SUS, para a organização da atenção à saúde, com o objetivo de garantir a melhoria do acesso e da qualidade das ações de saúde, para o

estabelecimento de diretrizes organizativas para consolidação da regionalização e hierarquização do sistema. As duas linhas de ação estratégica adotadas são: a ampliação da atenção básica e a regionalização e organização da assistência à saúde.

A ampliação da atenção básica é centrada na identificação do conjunto de ações necessárias para prover uma atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, assegurando o acesso a essas ações o mais próximo possível da residência dos usuários (BRASIL, 2002).

A regionalização visa promover um planejamento integrado, que permita a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos, dotados de mecanismos de comunicação e de fluxos de relacionamento, que garantam o acesso dos usuários aos serviços de diferentes níveis de complexidade exigidos para a resolução de seus problemas de saúde e, ainda, a otimização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2002). Convém ressaltar também, que com o estabelecimento da Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS-SUS 01/2001 e da NOAS-SUS/2002, as mesmas trouxeram novas mudanças na estrutura do funcionamento do SUS, principalmente com relação à regionalização.

A partir deste breve contexto a ampliação do acesso na atenção à saúde como direito, tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais que buscam unificar e descentralizar a assistência à saúde, consolidando o SUS. Assim, o princípio da universalização foi o primeiro passo para ampliação do acesso, pois toda a população passou a ter direito aos bens e serviços de saúde, anteriormente restritos apenas aos contribuintes da Previdência Social.

A atenção à saúde no Brasil é composta por três subsistemas: subsistema de alta tecnologia, o subsistema privado autônomo ou de assistência médico supletiva e o subsistema público, cada um seguindo um padrão de estruturação, clientela, complexidade tecnológica e modos de financiamento diferentes. Portanto, se fossemos analisar a categoria acesso, empregada em todos estes subsistemas, iriam encontrar diferenciações (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Entretanto, segundo Giovanella e Fleury (1996), a universalização alcançada com o SUS, não foi integralizada ou concretizada conforme seu preceito, pois na medida em que permitiu o movimento de inclusão das camadas populares não contributivas à Previdência Social, este processo tornou-se excludente, uma vez que foi acompanhado por mecanismos de deterioramento dos gastos, com conseqüente deterioração da atenção prestada, levando a exclusão das camadas médias do sistema de atenção ao público, proporcionada pela difusão de novos mecanismos de financiamento, os planos de saúde privados. Assim, a

universalização efetivou o direito social à saúde, para torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população.

Atualmente percebe-se que, pelas condições socioeconômicas, estas camadas médias, passam a acessar o SUS, principalmente, nos níveis de atenção de média e alta complexidade, devido à falta de condições financeiras para sustentar um plano de saúde privado e ao fato de alguns serviços não serem ofertados no sistema privado de saúde.

Paralelamente aos avanços legais da Constituição Federal de 1988 e com a implementação do SUS, busca-se a universalização do direito à saúde, institui-se outra dinâmica que reciclou o modelo médico-assistencial privatista através da expansão financeira viabilizadora do acesso de importante parcela da população ao sistema privado de atenção a saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Hortale, Conill, Pedroza (1999) identificam duas premissas, consideradas pra nós importantes neste estudo sobre o acesso aos serviços de saúde. A primeira, diz respeito à avaliação, na medida em que esta subentende um julgamento de valor da qualidade dos sistemas de saúde, mediante um processo de análise sistemático e relativamente objetivo. E a segunda, refere-se à forma de incorporar variáveis e dimensões históricas, político-administrativas e culturais ao modelo, para que possam traduzir não apenas a estrutura, mas também a dinâmica dos sistemas e dos serviços. Para as autoras também não podemos deixar de analisar os aspectos gerados pelas políticas neoliberais que afetam a garantia do direito. A lógica dos serviços subordinada a ordem econômica.

Também consideram importante analisar os fatores externos aos serviços de saúde de grupos populacionais (renda familiar, escolaridade, local de trabalho, hábitos de vida), as expectativas sociais (e recursos) depositadas nos serviços de saúde, e se estariam levando em conta o retorno real que elas podem dar. E por último ressaltam que existiria uma grande distância entre a compreensão atual dos determinantes de saúde e as prioridades definidas para os serviços pelas políticas de saúde. Assim estes determinantes também influenciariam na questão do acesso (HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999).

Neste capítulo trabalharemos com o conceito de acesso, reportando-nos ao SUS, em virtude do objeto da pesquisa.

3.1 CONCEITOS DE ACESSO

O conceito de acesso não é muito discutido na literatura brasileira. Para este trabalho utilizamos como referência principalmente Travassos (2004), pelas poucas fontes bibliográficas sobre o tema. Na sua obra, ela utiliza-se de vasta bibliografia internacional, mas pelas dificuldades da própria língua estrangeira e do acesso a estas fontes, nos remeteram a trabalhar com os conceitos dos autores por ela referenciados.

Conforme o dicionário da língua portuguesa, a palavra acesso significa: “ingresso, passagem, entrada”. Já a palavra acessibilidade derivada do verbo acesso, está definida como “acesso fácil” (FERREIRA, 1993, p. 7). Ou seja, a acessibilidade, remete-nos ao conceito de conseguir acessar algo, isto é, o nível de dificuldade ou facilidade em obter o acesso, neste caso, obter os cuidados nos serviços de saúde com um grau de facilidade.

Conforme Travassos (2004), o funcionamento dos serviços de saúde só ocorre a partir da sua utilização, e esta só poderá ser estabelecida através do acesso. Esta utilização é consequência da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz para dentro do sistema de saúde. A procura espontânea do indivíduo é considerada o primeiro contato com serviços de saúde. Já os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes, na medida que estabelecem a referência e contra-referência.

A procura espontânea dos usuários pelos bens e serviços de saúde pode estar condicionada a fatores determinantes, como:

a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; b) aos usuários – características demográficas (idade, 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, característica da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; e) política – tipo de sistema de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS, 2004, p.190-191).

No entanto, os fatores determinantes do uso dos serviços de saúde podem variar de acordo com o tipo de serviço (ambulatorial, hospitalar, domiciliar) e do modelo assistencial (preventivo, curativo ou de reabilitação). A primeira instância, para favorecer e

promover o uso destes serviços centra-se no conceito de acesso, pois na medida que um cidadão consegue ser usuário do sistema de saúde, é porque ele conseguiu ter o acesso em sua concretude e com isso seu direito foi garantido.

Definir o conceito de acesso não é simples, na medida que alguns autores respaldam-se nas características dos indivíduos, outros na oferta dos serviços, e ainda temos os que consideram estes dois elementos. Portanto o acesso à saúde engloba inúmeros fatores, que podem ser analisados sob abordagens diversas.

Donabedian (1973 apud TRAVASSOS, 2004), trabalha com o termo acessibilidade compreendido como qualidade do que é acessível, sendo ela relacionada à oferta de serviços, ou seja, à capacidade de produzir serviços de saúde que respondam às demandas de saúde de uma determinada população. O conceito, portanto de acessibilidade é mais amplo, não associado apenas à disponibilidade de recursos em um determinado momento ou lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Ou seja, a acessibilidade corresponde às características dos serviços, respaldadas pelo impacto que exercem na disposição e/ou capacidade da população de usá-los.

Este conceito remete à existência e conhecimento sobre os serviços e recursos de saúde ofertados conjugados com uma observação comparada destes com as demandas da população. Esta, primeira, remete a uma avaliação sobre a qualidade dos serviços em saúde ofertados, ou seja, que estes estejam de acordo com as demandas dos indivíduos. No caso dos serviços ofertados não serem condizentes com as características da população, haveria uma limitação ao acesso, pois não existiriam motivos para os usuários procurarem por eles. Conseqüentemente, os usuários procurariam por outros locais onde fossem oferecidos os mesmos serviços com maior qualidade.

Neste contexto, a acessibilidade é fator da oferta, imprescindível para explicar as variações no uso dos serviços de saúde. Para Travassos (2004) esta é uma dimensão relevante quando falamos em equidade no sistema de saúde. Esta acessibilidade está atrelada a duas dimensões, que podem também ser interligadas:

- a) Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Por exemplo: políticas formais e informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico;
- b) Acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela

distância linear, distância de tempo de locomoção, custo da viagem [...] (DONABEDIAM, 1973 apud TRAVASSOS, 2004, p.191).

Donabediam (1973 apud TRAVASSOS, 2004), no seu conceito de acessibilidade, não leva em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos dos indivíduos. No entanto, a relação destes com o uso de serviços é mediada pela acessibilidade, isto é, a acessibilidade expressa características da oferta, ou seja, a existência de serviços e recursos de qualidade que possam atender as demandas dos usuários. Estas características, portanto, interfeririam na relação entre as características dos indivíduos e o uso de serviços.

Segundo Travassos (2004) este conceito de acessibilidade formulado por Donabediam, ao mesmo tempo em que exclui a percepção de problemas de saúde e o processo de tomada de decisão na procura dos serviços de saúde pelos indivíduos, também avança na sua abrangência, na medida que este conceito vai além da entrada nos serviços de saúde, pois acessibilidade, para ele, significa o grau de (des)ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as características da população no processo de busca e obtenção da atenção.

Outro conceito de acesso é o formulado por Penchansky e Thomas (1987 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996), que abrange um conjunto de dimensões específicas entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como, disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira, aceitabilidade, definidas como:

Disponibilidade – relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades; *Acessibilidade* – relação entre a localização da oferta e a localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos; *Acomodação ou adequação funcional* - relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes de acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; *Capacidade financeira* – relação entre os preços dos serviços segundo o mantenedor, o depósito requerido para a entrada de clientes e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente. *Aceitabilidade* – relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços assim como a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes (GIOVANELLA; FLEURY, p. 189-190, 1996).

Essas dimensões utilizadas por Penchansky e Thomas (1987) ampliam o conceito de acesso utilizado por Donadedian (1973). Seguem, no entanto, a mesma interpretação.

Para Dever (1988 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996), a acessibilidade é um dos aspectos de análise para a utilização dos serviços, considerada como as características dos recursos que facilitam ou obstruem o uso pelos clientes potenciais. Sendo a utilização dos serviços à interação entre os consumidores e prestadores de serviços, e a utilização influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais, tendo este último como determinantes da utilização e a disponibilidade de recursos três tipos de acessibilidade: a) acessibilidade geográfica compreende os fatores de espaço (distância, tempo, custo de viagem); b) acessibilidade temporal ou acomodação concerne a limitações no tempo em que os recursos estão disponíveis; c) acessibilidade social inclui os conceitos de aceitabilidade (fatores sociais e culturais) e a disponibilidade financeira.

Segundo o autor, a relação entre acessibilidade geográfica e o volume de serviços consumidos depende do tipo de atendimento e do recurso considerado. Assim, ressalta que em geral o uso de serviços preventivos em saúde estão mais associados com a disposição geográfica do que com os serviços curativos, assim como o uso de cuidados gerais mais que dos especializados.

Barrencechea, Turjilio e Chorny (1990 apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996), consideram que o conceito de acessibilidade é complexo e integrado pelas categorias de: distância/tempo entre a população e as unidades de saúde; oportunidade, entendida como a ação de prestar o serviço em sintonia com a demanda; funcionalidade, vista como a capacidade dos serviços para resolver o problema; custos, incluindo não apenas os custos diretos da atenção, mas também os indiretos como medicamentos, salário perdido, preço de transporte; aceitação do demandante do modo e das características como se produz a atenção à saúde.

Frenk (1985 apud, TRAVASSOS, 2004; GIOVANELLA; FLEURY, 1996), desenvolve o conceito de acessibilidade, seguindo a definição de Donadedian (1973), baseada na complementaridade entre as características da oferta e das necessidades da população. Ou seja, a acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos considerados como resistências, para procurar obter cuidados em saúde e as correspondentes capacidades das pessoas para superar tais obstáculos, isto é o poder de utilização.

O conceito elaborado por Frenk diferencia-se dos demais autores por tratar a utilização dos serviços de saúde levando em consideração a acessibilidade não apenas

associada às razões da sua utilização e aos recursos de saúde, mas também por analisar o grau de ajuste entre essas duas características. Portanto as dificuldades, obstáculos, para utilização dos serviços de saúde não se referem apenas à disponibilidade dos recursos, os impedimentos podem ser considerados como ecológicos, financeiros e organizacionais. De forma correspondente, o poder da população é discriminado em poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização.

Assim, resistência e poder não definem o grau de acessibilidade, mas sim a relação entre eles. Um exemplo de impacto no grau de acessibilidade aos serviços de saúde ligado ao aumento do preço de um serviço de saúde, só pode ser medido se comparado com o poder aquisitivo da população. Por isso, não temos um modelo organizacional único, mas sim várias composições de oferta de serviços de saúde organizadas de acordo com os diferentes grupos populacionais e/ou sociais.

A definição deste conceito trouxe várias contribuições: sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários (necessidade de saúde, desejo de obter cuidados de saúde, procura e/ou entrada nos serviços, continuidade dos cuidados) e a explícita limitação no âmbito da acessibilidade às etapas de procura e entrada nos serviços.

Essas contribuições remetem ao conceito de acesso trabalhado por Andersen (1995 apud TRAVASSOS, 2004, p. 191), no qual o “acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento”. Ou seja, refere-se à entrada nos serviços e ao recebimento de cuidados subseqüentes. Neste contexto, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde.

Os fatores predisponentes existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde. Um exemplo é o de gênero, já que as mulheres tendem a mostrar maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens. Já os fatores capacitantes referem-se aos meios disponíveis para as pessoas obterem cuidados de saúde; Necessidades de saúde referem-se às condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde (ANDERSEN, 1995, apud TRAVASSOS, 2004).

Tanto Andersen (1995) quanto Donabedian (1973), trabalhados por (2004) apontam que o acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. Porém, Andersen amplia o conceito de acesso ao

incorporá-lo à utilização dos serviços de saúde de forma multidimensional, composto por dois elementos: acesso potencial e acesso realizado. O primeiro diz respeito à presença no âmbito dos indivíduos, de fatores capacitantes do uso de serviços que limitem ou ampliem o uso destes fatores. O segundo refere-se à utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial que representam o subconjunto dos fatores (fatores predisponentes, as necessidades de saúde, fatores contextuais) que explicam o acesso realizado, isto é, o uso. Este modelo estabelece uma hierarquia na qual os fatores contextuais que dizem respeito às políticas de saúde e à oferta de serviços intervêm no uso de forma direta e indireta, por interferência dos fatores individuais.

Outra contribuição de Andersen sobre o uso de serviços de saúde destaca-se pelos conceitos de acesso efetivo e acesso eficiente. O acesso efetivo, “resulta do uso de serviços que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços”. Já o acesso eficiente relaciona-se “ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos” (TRAVASSOS, 2004, p.192). Portanto, o conceito de acesso realizado (uso) passa a ser estabelecido a partir dos seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas e não somente na sua utilização. O acesso potencial pode então ser avaliado pelo uso dos serviços (acesso realizado) e o acesso realizado seria avaliado (uso) pelo acesso efetivo e eficiente.

Entretanto esses tipos de acesso não se explicam somente entre si, pois o uso dos serviços de saúde dependem dos fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais, e o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade do atendimento.

Outro conceito de acesso utilizado por Travassos (2004) é o estabelecido pelo Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, similar ao conceito de acesso efetivo estabelecido por Andersen. Neste conceito, acesso não diz respeito somente a qualquer uso, mas sim, ao acesso que permite mudanças positivas nas condições de saúde da população. O acesso portanto, abrange o uso qualificado de acordo com o diagnóstico, problema de saúde do paciente, no momento adequado, utilizando recursos certos e executando de forma correta a assistência à saúde a este paciente.

Entretanto, Travassos (2004) ressalta duas limitações neste conceito. Uma refere-se ao desconhecimento da eficácia de grande parte dos procedimentos preventivos e terapêuticos. A outra concerne às mudanças positivas no estado de saúde não dependem apenas do acesso a procedimentos de saúde de reconhecida eficácia, mas também do

procedimento, ou seja, da qualidade técnica. O conceito de acesso ao IOM é de caráter normativo, pois como conceito de resultado não leva em conta os fatores do sistema de saúde que explicam as variações nos padrões de uso dessas intervenções nos diferentes grupos populacionais. Assim a avaliação do acesso tem como base diagnosticar as variações do acesso (uso) a procedimentos específicos e não para explicá-los. “As dimensões do desempenho dos sistemas de saúde – acesso, custo, efetividade e satisfação – tornam-se cada vez mais inter-relacionadas, justifica-se o deslocamento do eixo do acesso para os resultados dos cuidados” (GOD 1998, apud TRAVASSOS, 2004, p. 194).

Segundo Starfield (2002 apud TRAVASSOS, 2004, p.195) “acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade”. Assim, a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. No entanto, outros autores como Goddard e Shmith (2001 apud TRAVASSOS, 2004, p.195) “destacam o fato de que a disponibilidade de serviços pode também não ser de conhecimento de todos e que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis”. Portanto, tanto as informações, quanto às experiências com os serviços de saúde que os indivíduos dispõem influenciam a forma como as pessoas apreendem as dificuldades e/ou facilidades obterem o acesso aos serviços de saúde que necessitam.

Para Travassos (2004) o termo acessibilidade significa descrever como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Já a terminologia acesso está relacionada à entrada inicial dos serviços de saúde, condicionada à idéia do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Seu conceito se amplia com a sua entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Há distinções entre acesso e uso de serviços; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados.

Para a autora, o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica somente por ele. A despeito de ser um importante determinante de uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Saúde é entendida como um fenômeno mais amplo que doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde, o qual é dependente de determinantes individuais agrupadas nos fatores de predisposição, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Há também uma condição estrutural e política que determina este acesso.

Por último, Giovanella e Fleury (1996), em seus estudos apontam que a categoria acesso e as formas de acessibilidade podem variar de acordo com o modelo de

saúde. No modelo economicista, onde procura-se mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos, a relação do acesso está baseada na relação entre oferta e demanda, medidas pelas decisões dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, percepção sobre a demanda e um conjunto de práticas e valores procedentes do universo familiar. Neste modelo, a análise da oferta leva em consideração a intervenção estatal como capaz de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, assim como conformar a demanda através da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde.

Segundo Canesqui (1989 apud, GIOVANELLA; FLEURY, 1996) o modelo economicista estaria limitado à condição do consumidor, em seu processo decisório, o qual não pode ser reduzido à simples disponibilidade de oferta de bens e serviços, ou ao acesso formal garantido pela inserção laboral, com isso deve ser levado em conta as “aptidões ideológicas” (*sic*) dos consumidores.

Um segundo modelo seria o modelo sanitaria-planificador, no qual o conceito de acesso estaria fundamentado na possibilidade de consumo garantido através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, onde esta deve ser:

- Regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho, moradia, levando-se em conta as condições de transporte;
- Hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade equipados com recursos necessários para garantir resolubilidade;
- Com agilidade nos processos administrativos para facilitar o atendimento da demanda com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior possibilidade de utilização pelos usuários;
- Garantindo informação adequada dos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para a sua utilização;
- Com um sistema de organização baseado nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p 192-193).

Neste modelo tecnicista o acesso seria dado pela ação planejadora do Estado. Para as autoras, a incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos torna-se a concepção do acesso como uma “imagem-objetivo”, ou seja, um ideal a ser conquistado e não uma realidade a ser analisada. Este modelo será pertinente para a análise, pois trataremos de um sistema público estatal.

Um terceiro modelo seria o sanitarista-politicista, no qual a concepção do acesso se daria pela consciência sanitária. Giovanella e Fleury (1996, p. 193) utilizam o conceito de consciência sanitária formulado por Berlinguer (1978) “como a tomada de consciência de que a saúde, como afirma a Constituição, é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”. Ou seja, a população deve compreender a determinação social do processo saúde/doença e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social da prática médica. Seria um processo de politização onde as pessoas buscariam cobrar o cumprimento das normas legais a, cerca do direito à saúde, da organização do sistema de serviços e da universalização do acesso. Portanto, para as autoras, o acesso seria visto não como a entrada do usuário em um sistema existente quando necessita de assistência em saúde, mas pela sua participação cidadã na construção deste sistema na conformação de suas práticas e da participação na gestão e no controle social. Este modelo pode ser uma variável capaz de explicar as diferenças na utilização dos serviços, bem como na avaliação dos mesmos pela população.

O quarto modelo estaria configurado no modelo das representações sociais, e englobaria as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser aprendido a partir da interação imediata dos usuários com os serviços de saúde.

Conforme as autoras, tratar política de saúde a partir das condições de acessibilidade convém abordar a dimensão econômica na relação entre oferta e demanda; uma dimensão técnica, relativa a planificação e organização dos serviços da rede de serviços; uma dimensão política, relativa a consciência sanitária; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais referentes à atenção e ao sistema de saúde.

3.2 A ESTRUTURA DO SUS

Diante destes conceitos de acesso, acreditamos também que a organização do SUS interfere na dinâmica do acesso ao sistema e na garantia do direito à saúde. Também não podemos deixar de estudar a estrutura do sistema procurado pelos estrangeiros. É através dos princípios organizativos, a partir da sua descentralização, que está definida a oferta de serviços na fronteira a qual será analisada mais adiante.

A Constituição Federal, no Cap. II, seção II, Art .198 preceitua:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado e 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 (BRASIL, 2001, p.115).

Igualmente, a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, define que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade, conforme aponta o Art. 7º:

IX – descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera do governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990a).

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades referentes às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A gestão dos serviços, com comando único em cada esfera administrativa, significa que apenas um gestor público assumirá a responsabilidade de execução da política de saúde no nível federal (Ministério da Saúde), no nível estadual (a Secretaria Estadual de Saúde), e em cada município (a Secretaria Municipal de Saúde), com atribuições específicas para cada um deles.

A gestão, portanto, do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. Porém, há instrumentos de Gestão em Saúde Locais específicos de cada esfera do governo, que coexistem e concorrem para a articulação das três esferas gestoras do SUS, garantindo o funcionamento de um sistema de saúde nacional.

O eixo central da gestão de saúde está na descentralização do sistema de saúde, que traz consigo uma discussão muito conflituosa, já que a reforma da saúde está centrada na municipalização, através do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal, o qual será a "porta de entrada" obrigatória na rede hospitalar e da transferência para os municípios do controle dos serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios especializados.

O processo de descentralização foi desencadeado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB-SUS 1991, em especial das NOB-SUS 1993 e 1996, tendo, também, como um de seus propósitos o de promover a integração de ações entre as esferas de governo e regular a transferência, para os Estados e, principalmente, para os Municípios, de um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, anteriormente concentradas no nível federal.

Esse processo pode ser demarcado por dois momentos distintos: o primeiro movimento de descentralização do sistema pautou-se pela implantação dos dispositivos normativos contidos na NOB-SUS 01/1993, que só tratavam da assistência; e o segundo momento, na NOB-SUS 01/1996, que abordava a descentralização da assistência, a vigilância sanitária, a epidemiologia e o controle de doenças.

Em 1993, foi editada a NOB-SUS 01/1993 (Portaria/MS n.º 545 20/05/1993), para normatizar a decisão de se cumprir ou se fazer cumprir a lei em relação à descentralização dos serviços de saúde. Criaram-se as Comissões Intergestores Bipartites³¹ e Tripartite³², estabelecendo normas de transferência de recursos fundo a fundo, com base nos três diferentes níveis de gestão. Essas comissões favoreceram a unicidade e a organicidade ao SUS nas três esferas de governo.

A NOB-SUS 01/1993 trouxe grandes avanços para o processo de descentralização, porém continha muitas falhas, principalmente com relação ao papel do Estado, pois a descentralização privilegiava fundamentalmente as relações entre União, por meio do Ministério da Saúde, e os Municípios, comprometendo mais uma vez a unicidade do sistema de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A implantação dessa NOB teve como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do SUS, visto este ser um processo continuado. A diretriz de descentralização das ações e serviços em saúde vinha assumindo dimensões bastante complexas, por isso, estabeleceram-se como seus pressupostos:

³¹ Comissão Intergestores Bipartite – CIB, composta paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Cada Estado contará com uma CIB, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador (BRASIL, 1993, p.14).

³² Comissão Intergestores Tripartite - CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde - MS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais – CONASEMS (BRASIL, 1993, p.14).

- a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas do governo; reorganização institucional; reformulação de práticas e controle social;
- b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão construir a base de legitimação das decisões;
- c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- d) o financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de governo, que devem assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos fundos de saúde;
- e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas e bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas, impondo, por isso, um período de transição, no qual medidas de caráter inovador devem atingir todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;
- f) o objetivo último da descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada, regionalizada e hierarquizada e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;
- g) a regionalização não pode ser entendida como a criação de uma instância intermediária com autonomia e relacionamento direto com as esferas estadual e federal e sim como uma articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, e perfil epidemiológico, oferta de serviços e acima de tudo a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).

Mesmo com a implementação da Norma Operacional Básica (NOB-SUS) essa regulamentação não era cumprida. Por exemplo: a NOB-SUS/1991, que previa a formalização de convênios entre o então INAMPS e os Estados, bem como acordos com os municípios dotados de conselho, plano e fundo de saúde, onde foram estimuladas as transferências de unidades do INAMPS para as secretarias estaduais e municipais de saúde. As secretarias eram tratadas como meras prestadoras de serviços na medida em que os pagamentos eram feitos pelo INAMPS, com base na produção de serviços, o que gerou margem para inúmeras fraudes, financiando produtos e serviços e não a promoção de saúde de acordo com a demanda da sociedade. Não havia controle, o que comprometia a implementação do SUS, não havendo, portanto, um sistema único em saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Esse cenário desencadeou muita discussão nos fóruns de saúde quanto às mudanças na implementação do SUS, que resultaram numa nova Norma Operacional Básica – NOB-SUS 1996 (Portaria/MS 2.203 de 6/11/1996), sendo que suas determinações só vieram a ser implementadas no início de 1998. A NOB 1996 trouxe muitas inovações e aperfeiçoamentos ao estabelecer a Programação Pactuada Integral (PPI)³³, ao criar o Piso Assistencial Básico (PAB), ao prever novas formas de gestão para Estados e Municípios, principalmente no controle da transferência fundo a fundo, além de redefinir as atribuições de cada nível de governo para com a gestão do SUS e de dar atenção especial ao controle, avaliação e auditoria do sistema, havendo, também, uma maior preocupação em relação ao processo de descentralização (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O período de implementação da NOB-SUS 01/1996, compreendido entre os anos de 1998 e 2000, foi marcado por uma série de avanços importantes no processo de descentralização do SUS, destacando-se:

No âmbito do financiamento houve a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), fixo para o financiamento das ações de atenção básica, representando, pela primeira vez, a introdução de uma lógica *per capita* no SUS, o que foi um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento; a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas e o aumento expressivo de transferência fundo a fundo do nível federal para Estados e Municípios (BRASIL, 2002).

No âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços foi expandida a estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde; a implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local, além dos avanços na organização da atenção básica e na organização de redes de referência em vários municípios e estados (BRASIL, 2002).

No âmbito da gestão, os municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica³⁴ e Gestão Plena do Sistema

³³ "A PPI, envolve atividade de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual" (BRASIL, NOB-SUS, 1996).

³⁴ Os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica tem como responsabilidade: "elaboração da programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da posposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual; gerência de unidades ambulatoriais próprias, gerência de unidades ambulatoriais do Estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades; reorganização das

Municipal³⁵, passando a constituir-se em gestores do SUS; uma intensa transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados (BRASIL, 2002).

Através do processo de descentralização, foi intensificado a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização do sistema em todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das SES's.

A organização do SUS define, ainda, que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário), os quais devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços, organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento e atendimento dos problemas de saúde da população.

unidades sob gestão das estatais, conveniadas e contratadas, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários dos SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços; prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestadores aos seus munícipes, conforme PPI, medido pela relação gestor com a SES e as demais SMS; contratação controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB; operação do SAI/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional; autorização desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município que continuam sendo pagos por produção de serviços; manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS; avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e sobre o seu meio ambiente; execução das ações básicas de vigilância sanitária; execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECED; elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS” (BRASIL, 1996, p. 25-26). Mais informações sobre requisitos e prerrogativas, consultar NOB-SUS 1996.

³⁵ Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema serão responsáveis por: “elaboração de toda a programação municipal, contendo inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual; gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades; reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços; garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor com a SES e as demais SMS; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares; administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme PPI e segundo normas federais e estaduais; operação do SIH e dos SAI/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional; manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS; avaliação permanente de impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária; execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras” (BRASIL, 1996, p.27-28). Mais informações sobre requisitos e prerrogativas, consultar NOB-SUS 1996.

Segundo Merhy e Bueno (1998), a NOB-SUS/1996 apresentou mudanças significativas no que se refere às relações entre os diferentes níveis governamentais de gestão e à política de financiamento do SUS, definindo o papel de cada esfera de governo nos processos gerenciais e o aumento das transferências financeiras diretas de fundo de saúde para fundo, conforme o modelo de gestão municipal e/ou estadual³⁶. Contudo, essas mudanças também poderão influenciar negativamente na qualidade da assistência à saúde e na construção de um novo modelo assistencial que privilegia a vida e a construção da cidadania. Devido ao fato dos modelos de gestões apresentarem-se contraditórios, pois ao mesmo tempo em que a NOB-SUS/1996 aponta as relações de independência do município como gestor pleno do sistema, coloca incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada município.

A NOB-SUS/1996 também repassou poderes efetivos para organismos burocráticos-administrativos, como as Secretarias de Assistência à Saúde, sobre os fóruns mais democráticos do sistema como os Conselhos de Saúde, quanto à definição dos programas que serão incentivados, induzindo a sua implementação. Quanto às duas normas de gestão, a plena do sistema municipal e a plena da atenção básica, estas poderão permitir a criação de dois subsistemas de saúde, o que poderá provocar um retrocedimento no SUS, abrindo um canal para criação das Organizações Sociais proposta pela Reforma do Estado, visto que a assistência de atenção básica da saúde ficaria sob responsabilidade do poder público, no caso os municípios, e os níveis de maior complexidade em saúde seriam repassados para a iniciativa privada (MERHY; BUENO, 1998).

No entanto, a criação dos níveis de gestão favoreceu a aplicação dos recursos financeiros de acordo com as necessidades locais, possibilitando maior controle devido às exigências legais da aplicação dos recursos financeiros dos fundos de saúde e a sua aprovação pelo Conselho de Saúde.

Faz-se necessário lembrar que os compromissos constitucionais e legais da União para com a Saúde autorizam a suspensão dos repasses de recursos em caso de irregularidade e de descumprimento dos pré-requisitos ou das responsabilidades assumidas por Estados e Municípios. Esse fato evidencia um tipo específico de descentralização, no qual os recursos e responsabilidades são transferidos no âmbito de um sistema único para atividades e projetos pré-definidos, ou seja, há uma finalidade específica nessa transferência

³⁶ Para mais informações consultar NOB-SUS 1996.

em que produtos, metas, formas e controle sobre o uso dos recursos estão estabelecidos e devem ser efetivados.

Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo. Por isso, estabeleceu-se a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

3.3 HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

A Constituição Federal, no Cap. II, Seção II, Art. 198, e a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, art. 7º, definem claramente que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade. Segundo o Ministério da Saúde:

Os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede está preconizado para dar-se através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços organizada de forma hierarquizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de sua competência (BRASIL, 1990a).

Sendo assim, todas as unidades que produzem serviços de saúde serão organizadas de forma que as unidades básicas, os postos de saúde, se transformem em "portas de entrada" para todas as outras unidades e serviços da rede, também posicionadas de forma que, a cada sistema regionalizado de saúde, possa corresponder a uma pirâmide em cuja base

estarão os postos de saúde de vários municípios. No centro da pirâmide estarão as policlínicas ambulatoriais e hospitais de especialidade de diagnóstico complementar e, no ápice, os hospitais (que podem se localizar eventualmente em outro município), reservando os mesmos somente para problemas que não forem resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde.

Segundo Locks (2002), a regionalização da atenção médica está organicamente relacionada com o conceito de atenção médica progressiva em níveis de atenção, isto é, os serviços deveriam estar disponíveis na região para quem precisa, no lugar e durante o tempo em que fosse necessário. Assim, a regionalização tem como objetivo integrar e coordenar os recursos de saúde disponíveis na região, para que se obtenha sua melhor utilização, permitindo, através dos diferentes níveis, o acesso da população aos serviços oferecidos.

Isto permite estabelecer os níveis de atenção, com utilização ótima dos recursos de saúde existentes, organizados em grau de complexidade técnica e administrativa crescentes, de acordo com as atividades que vão desempenhar dentro do sistema regionalizado. Dentro desta organização as unidades "portas de entrada" solucionam os problemas médicos, sanitários e sociais do tipo geral e o restante dos problemas que não podem solucionar os remete aos níveis mais especializados, isto é de maior complexidade (LOCKS, 2002, p. 25).

Convencionalmente, o conceito de regionalização refere-se à divisão de espaços geográficos. A regionalização da atenção médica se fundamenta em implantar, dentro de uma região geográfica determinada (variável em sua extensão, segundo a densidade populacional, os problemas de saúde existentes e os recursos disponíveis), todos os serviços e programas de saúde, de forma hierarquizada e inter-relacionada, sob uma só administração.

A definição dessa rede de serviços, a população que deles fará uso, o tipo de ações e recursos tecnológicos, onde estarão disponíveis no sistema e os fluxos previstos para o movimento dos pacientes dentro do sistema, conforme seus problemas de saúde, chamam-se tecnicamente de modelo-assistencial.

Segundo o Ministério da Saúde, a hierarquização é a forma de organização dos serviços, que viabiliza os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Nesse sentido, a rede de serviços do SUS deve ser capacitada a oferecer todas as modalidades de assistência, bem como garantir o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de resolubilidade. Essa visão deve incorporar a disponibilidade tecnológica, o perfil adequado de recursos humanos e o dimensionamento da capacidade física da rede (BRASIL, 1990a).

A hierarquização está determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível do sistema como um todo. Por outro lado, cada nível de atenção deverá estruturar-se com uma função de produção que permita a resolução de problemas daquele espaço de complexidade, sem o que, se estará caindo na armadilha da atenção primária seletiva (MENDES, 1993, p.79).

O autor também coloca que o princípio da hierarquização contém dois sub princípios: o da suficiência tecnológica e o da referência e contra-referência. Com relação ao sub princípio da suficiência tecnológica, cada nível de atenção deve ter suficiência tecnológica que o caracterize. Quando tiver insuficiência tecnológica para atender os problemas de saúde, ele dependerá de um nível de atenção de maior complexidade que lhe servirá de referência; já o sub princípio da referência e contra-referência necessita de um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e técnicas dentro da rede de serviços.

Para o MS, a Referência refere-se a um "ato formal de encaminhamento de um cliente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência deverá ser sempre feita após constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos preestabelecidos" (BRASIL, 1985, p. 24).

Já a Contra-referência, diz respeito a um "ato formal de encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do cliente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias aos seguimentos do mesmo no estabelecimento de origem" (BRASIL, 1985, p. 24).

A garantia de acesso a um sistema regionalizado e hierarquizado resultará da implantação de estratégias de regulação, ou seja, de instrumentos que normatizem a oferta e a demanda dos serviços de saúde.

Contudo, no sentido de aperfeiçoar o mecanismo de regulação do sistema, e levando em conta os princípios e diretrizes da política nacional de saúde, o MS editou a Portaria Ministerial n. ° 95, de 26 janeiro, de 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), que veio reafirmar os princípios de regionalização e hierarquização, trazendo uma nova configuração do sistema de atenção à saúde.

Ao editar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, que, entre outras, define que o sistema de saúde deve garantir o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de sua residência, com descrição da organização do território

estadual em regiões de saúde e identificação das áreas de abrangência e dos fluxos de referência. Ela define também os mecanismos de relacionamento intermunicipal, com organização dos fluxos de referência e contra-referência como estratégias de regulação, visando à garantia do acesso da população aos serviços. A regulação é entendida, aqui, como organização do fluxo de pacientes no SUS, assim garantindo a universalidade do acesso.

Segundo Cohn, et al (1999), o critério de proximidade geográfica da moradia do usuário, como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde, não garante o acesso real, pois outros fatores como informação, qualidade do atendimento, identificação da clientela com os serviços, bem como as resistências colocadas pelas instituições, configuram a relação acesso/utilização.

Segundo Locks (2002), a acessibilidade, portanto, não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem.

A acessibilidade requerida pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as resistências que são oferecidas pelo próprio serviço em que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores que se expressam nas razões para o bom atendimento por parte de quem é atendido e conforme o seu perfil de demanda (LOCKS, 2002 p. 25).

Com a NOAS-SUS 01/2001, estabelece-se o processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e a busca de maior equidade. Esse processo deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001a).

Uma das grandes novidades da NOAS-SUS 01/2001 refere-se à instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

Caberá às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES), para o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Com relação à assistência aos serviços de saúde, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

- a) O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de infecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns; suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.
- b) O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL, 2001a).

Assim, na elaboração do PDR, na organização da assistência no âmbito estadual, deverão ser levadas em consideração as seguintes características:

Macro-região de Saúde: conceito empregado para descrever a organização estadual das ações e serviços de saúde, cuja divisão territorial é mapeada a partir de critérios aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde em Projeto Estruturante. Os critérios utilizados para configuração das Macro-regiões de Saúde incluem elementos de geo-processamento e indicadores econômico-sociais, tais como: localização geográfica, contingente populacional, organização do sistema viário, agrupamento por regionais de saúde, equidistância entre pólos tecnológicos, cultura de deslocamento, recursos tecnológicos disponíveis, Índice de Desenvolvimento Social – IDS, complexo econômico regional e bacia hidrográfica. Nessa abrangência, estabelece-se o compromisso de organizar a oferta de serviços de alta complexidade (SANTA CATARINA, 2002).

Região de saúde: base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado. É definida pela Secretaria de Estado da Saúde de acordo com as especificidades e estratégias de

regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode dividir-se em regiões e/ou micro-regiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, será uma região ou uma microrregião de saúde (BRASIL, 2001a).

Regional de Saúde: sede administrativa regionalizada, para desenvolvimento de ações e serviços de âmbito do gestor estadual, sediada em município-pólo de um conjunto de municípios, cuja delimitação respeita a divisão geopolítica, com compromisso de organizar a oferta de serviços de média complexidade (SANTA CATARINA, 2002).

Módulo assistencial - módulo territorial, com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características: conjunto de municípios entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios (BRASIL, 2001a).

Município-sede do módulo assistencial - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos (BRASIL, 2001a).

Município-pólo - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção.

Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite - CIT, para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do

módulo assistencial, seja uma micro-região de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotada não admitir micro-regiões de saúde).

A figura abaixo demonstra a estrutura da hierarquização/regionalização, baseada nos conceitos acima explicados da NOAS-SUS 01/2001, por exemplo, num Estado.

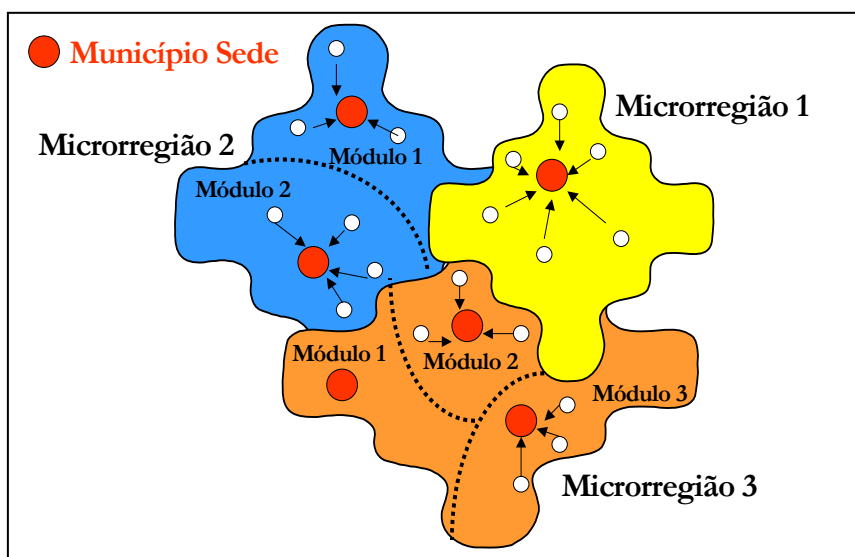


Figura 2 – Mapa Modelo Assistencial de Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde (2004).

O Plano Diretor de Regionalização também deve conter uma descrição mínima sobre a assistência:

- A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
- B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
- C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;
- D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
- E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
- F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual (BRASIL, 2001a).

Os municípios são agrupados conforme os procedimentos que realizam e segundo a complexidade dos serviços ou ações. O fluxo de referência está agrupado por macro-região de saúde, considerando os Procedimentos de Atenção Básica (PAB)³⁷, a Atenção Básica Ampliada (PABA)³⁸, o Mínimo de Média Complexidade (MC1) e demais procedimentos da Média Complexidade (MC2) e (MC3) e Alta Complexidade (AC). São destacadas, também, as unidades hospitalares por tipo e quantidade.

Para representar o modelo tecno-assistencial, construído com a implantação do SUS, utilizamos a figura de uma pirâmide, caracterizada por Cecílio (1997). Assim, na ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em uma determinada área de abrangência. Na parte intermediária da pirâmide, estariam os serviços considerados de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais, com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços do apoio de diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de urgência e emergência de hospitais gerais, normalmente entendidos como hospitais distritais. O topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade.

Essa pirâmide pretende representar a possibilidade de racionalização dos atendimentos, de forma que haveria um fluxo ordenado de usuários, tanto de baixo para cima, como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência.

Segundo o Ministério da Saúde (1990), hierarquização é a forma de organização dos serviços, que viabiliza os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Nesse sentido, a rede de serviços do SUS deve ser capacitada no sentido de

³⁷ O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal. Quanto à regra financeira este é distribuído no valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitantes do município. As ações correspondem a: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal e ao parto domiciliar; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atividades dos agentes comunitários de saúde; pronto atendimento em unidade básica de saúde ([www.http://saude.gov.br](http://saude.gov.br)).

³⁸ O Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA financia um elenco maior de procedimentos integrados, destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde, tais como o Programa de Saúde da Família - PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, a Assistência Farmacêutica, a Vigilância Sanitária e o Combate às Carências Nutricionais. O PABA é composto de uma parte fixa de recursos (PABA FIXO) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA VARIÁVEL), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção ([www.http://saude.gov.br](http://saude.gov.br)).

oferecer todas as modalidades de assistência, assim como garantir o acesso a todo o tipo de tecnologia disponível possibilitando um ótimo grau de resolubilidade.

O conjunto das unidades de saúde, classificado por níveis de complexidade, deveria articular-se administrativa e tecnicamente com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Essa articulação entre as unidades de saúde dos diferentes níveis permitiria a utilização racional de todos os recursos disponíveis no sistema.

Às unidades especializadas caberia receber o paciente triado pelas unidades básicas e, após o atendimento do paciente, fazer a contra-referência à unidade básica que o encaminhou, com as orientações necessárias para que o profissional da unidade de origem pudesse dar continuidade ao atendimento, sem que houvesse solução de continuidade. Deveria haver uma comunicação entre o profissional da unidade básica (indicando o motivo do encaminhamento com breve histórico da patologia e levada ao profissional da unidade de referência quando da realização da consulta) e o da unidade de referência (caberia preencher os dados do diagnóstico e tratamento proposto e orientar o paciente para retornar ao médico da unidade básica de saúde, para conhecimento e prosseguimento do tratamento, concretizando, assim, a contra-referência).

Porém percebe-se, na demanda pelos serviços de saúde, que a referência e a contra-referência são procedimentos ainda incipientes, pelos seguintes motivos, conforme aponta Cecílio:

a) A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido tornar-se a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. A porta de entrada principal continua sendo os hospitais públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Isso ocorre pelo fato dos atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores, ou seja, oferecem mais serviços e de maior complexidade do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital (CECÍLIO, 1997).

É importante destacar que as pessoas também procuram o atendimento à saúde quando já estão com os sintomas avançados da doença e, portanto, não têm credibilidade e confiança no atendimento dos postos de saúde, dizendo que estes não têm a solução para seus problemas. Procurar um posto de saúde, para depois ser encaminhado a um serviço de maior complexidade, exige mais tempo e uma certa demora. Portanto, a procura pelos serviços de urgência/emergência torna o processo de atendimento mais rápido.

b) Os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos prontos-socorros mostram que a maioria dos atendimentos refere-se a patologias consideradas mais simples, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde (CECÍLIO, 1997).

c) O acesso aos serviços especializados é bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas. Em geral, as esperas são tão demoradas que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas “clientelas cativas” (grifo do autor), que poderiam muito bem estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disso é que os médicos da rede freqüentemente se livram dos pacientes, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de saúde mesmo (CECÍLIO, 1997).

d) É muito difícil conseguir acesso às cirurgias eletivas, tanto usando o centro de saúde como “porta” ou mesmo o atendimento através dos prontos-socorros (CECÍLIO, 1997).

Segundo o mesmo autor (1997), o fracasso do modelo representado pela pirâmide diz respeito a causas mais gerais, ligadas à própria configuração do SUS, nos seus aspectos de financiamento, relação pública e privada, de como é feita sua gestão, e a forma de como é realizado o controle por parte dos usuários. E o outro ponto refere-se à própria necessidade de se questionar a idéia da organização do SUS nos moldes de uma pirâmide hierarquizada de serviços.

- Os recursos destinados ao setor saúde têm sido insuficientes.
- A atuação do setor privado de forma complementar ao setor público, inclusive com previsto na CF de 1988 e na LOS de 1990, não tem ocorrido na prática. Ao contrário, há um processo de retração progressiva da oferta de serviços para o SUS, na medida em que um número crescente de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados buscam garantir sua sobrevivência financeira através da criação de planos de saúde próprios oferecidos a grupos populacionais que podem pagar pelos mesmos. A consequência disto é a dificuldade, quando não a impossibilidade, de acesso das amplas massas de brasileiros aos cuidados mínimos de saúde, mesmo quando há capacidade instalada ociosa no setor privado.
- O próprio setor público opera uma rede ambulatorial e hospitalar, que é, paradoxalmente, muitas vezes ociosa. No caso o paradoxo é a coexistência da grande dificuldade de acesso da população aos serviços com a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes (CECÍLIO, 1997, p. 471-472).

Para Cecílio (1997), esse modelo tecno-assistencial, que representa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários, acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processo articulados de referência e contra-referência, tem se apresentado como uma perspectiva racionalizadora, cujo maior mérito seria de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e equidade.

O autor também coloca que, na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da pretendida por uma certa racionalidade tecnocrática. Por isso, defende a idéia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada, localizadas em vários pontos do sistema, e não mais em uma suposta base. Questiona ainda a idéia de um topo, pois essa expressão topográfica, de uma certa maneira, dá margem a uma hierarquia tecnológica que teria o hospital no seu vértice. Aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa no espaço certo e na ocasião mais adequada.

Segundo Cecílio, a regionalização e a hierarquização foram incorporadas ao ideário dos que lutam pela construção do SUS, tornando-se uma "bandeira de luta" (grifo do autor) consensual do movimento sanitário pelas seguintes razões:

- expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde;
- construção de uma ampla rede básica de serviços de saúde;
- a hierarquização dos serviços seria uma estratégia de racionalização de recursos. Representando a utilização dos recursos tecnológicos certos, no espaço certo, de acordo com as necessidades estabelecidas pelos usuários. E também como garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela "porta de entrada", a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte;
- a proximidade dos serviços de saúde da residência do usuário seria o facilitador tanto do acesso, como possibilitaria a criação de vínculos entre a equipe e a clientela;
- orientaria no planejamento de investimentos tanto de recursos humanos, como na construção de novos equipamentos (CECÍLIO, 1997, p. 471).

“A representação do sistema de saúde, por uma pirâmide, adquiriu tanta legitimidade entre todos que tem lutado para a construção do SUS, pois conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde” (CECÍLIO, 1997, p. 471).

A organização das redes tem especial significado na área de assistência de alta complexidade e na urgência e emergência, visto que, nessas áreas, a atuação da SAS tem

sido mais intensa, pois, na medida em que serviços dessa natureza não estão disponíveis em todos os Municípios, Estados ou mesmo regiões, a estruturação das redes, a definição de níveis crescentes de complexidade assistencial, a definição de fluxos de referências e contra-referência de pacientes tem expressiva importância na organização da assistência a ser prestada e, especialmente, na garantia do acesso aos serviços ao cidadão, independentemente de sua procedência.

4 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA

Analisar o processo do acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde em alguns municípios de fronteira no Mercosul é desafiador, na medida em que a própria região fronteiriça apresenta uma realidade muito diferenciada com relação à demanda de estrangeiros ao SUS. Existem particularidades muito diversificadas pela questão da fronteira, cada município vivencia uma experiência única de acordo com a fronteira que estabelece em relação ao país estrangeiro vizinho e ao próprio sistema de saúde municipal.

Para compreender como se processa o acesso dos estrangeiros ao SUS, nos municípios pesquisados, faz-se necessário conhecer um pouco a realidade destes municípios.

Neste sentido, buscamos coletar os dados por meio de entrevistas evidenciando os seguintes aspectos: existência ou procura dos estrangeiros pelos serviços de saúde do SUS; como se dá o acesso à saúde; o atendimento prestado; a existência de recursos financeiros dos municípios para atender esta população; as estratégias utilizadas pelos estrangeiros para serem atendidos pelo sistema; os problemas e dificuldades enfrentados por estes municípios a partir desta demanda; as iniciativas que os municípios vêm adotando para trabalhar com esta questão; e por fim como os sujeitos da pesquisa entendem o direito à saúde pelo acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde nos municípios limítrofes de fronteira.

A partir destas evidências, as questões essenciais para a discussão do acesso estão postas, trazendo elementos que subsidiarão a análise a partir de duas perspectivas, ou seja, o acesso compreendido em seu sentido restrito, na simples utilização dos serviços e ações em saúde, ou em seu sentido ampliado, na perspectiva de direito à saúde.

4.1 EXISTÊNCIA DA PROCURA DE ESTRANGEIROS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Identificamos que existe procura de estrangeiros por atendimento pelo SUS, porém de forma diversificada.

Hoje o nosso número de prontuários está em vinte e nove mil (29.000) pessoas cadastradas. A cidade tem dezessete mil (17.000) habitantes, então

tem uma população quase que do mesmo valor do nosso município que está registrado, que tem prontuário e uma vez que este paciente tem esse prontuário lá ele consegue agendar consultas, agendar exames, ele tem acesso à farmácia básica. [...] Existe, existe [...].Ah! É bastante, viu deve ser assim, por mês uns cinqüenta. (Assessora de Saúde Mundo Novo - MS).

[...]7% dos atendimentos em saúde são de paraguaios [...].(Auditor SMS Foz do Iguaçu – PR).

Você sabe que pelo SUS são muito poucos.[...]E a quantidade assim, aquela de internação não chega ao 5%, é menos, às vezes, tem, às vezes, não tem, é bem pouco. E no Raio-X que é mais talvez, mais de 5%, assim não sei te dizer (Hospital Infantil Coordenadora do Setor de Internação – São Borja, RS)

Sempre, é rotina. Basicamente um por dia. A maioria vêm direto, vêm direto, vêm direto(Funcionaria do setor financeiro e Assistente Social da Santa Casa – Foz do Iguaçu - PR).

Existe sim e bastante. Existe porque o que nós observamos aqui na região de fronteira eu que já tenho uma vivência em fronteira de trinta anos mais ou menos isso, então essa busca é muito grande, nós temos às vezes até que controlar porque senão eles vem em busca realmente de nossos serviços (Secretaria Municipal de Saúde - Jaguarão – RS)

Aproximadamente 40% dos casos de internação são de estrangeiros. No Pronto Atendimento de Consultas não é tanto assim na ordem de uns 20% mais ou menos. Não brasiguaios tem documento brasileiro à gente não considera, são paraguaios mesmo (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional Ponta Porã- MS).

O número correto não sei te dizer, mas é muito pouco, posso te dar uma média de um a cada quatro meses, são muito poucos. Eles chegam aqui no setor de internação com a ambulância de Libres geralmente ou da Barra (Barra do Quaraí) que vem de Bella Union, Montevideú, só apresentam pedido de internação em receituário.Ele é internado pelo SUS se ele não tem condições financeiras ele é encaminhado pelo SUS. (Recepcionista – Setor de Internação - Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiiana - RS).

Neste último depoimento vê-se que o paciente estrangeiro que não tem poder aquisitivo para custear os gastos de sua internação hospitalar, o estrangeiro foi transferido para o setor de atendimento público do hospital, para o hospital não ficar no prejuízo. No município de Uruguaiiana de acordo com os relatos observamos que os estrangeiros com maior poder aquisitivo, vindos de cidade estrangeira vizinha, buscam os serviços de saúde privados do município. Os demais, contudo, buscam atendimento na rede pública.

Os municípios que apresentam maior percentual de atendimento a estrangeiros são aqueles que possuem interação mais forte com a cidade estrangeira vizinha,

destacando-se as cidades-gêmeas. Como nos municípios de: Jaguarão, Santana do Livramento, Foz do Iguaçu, Ponta Porã. Então a questão da proximidade geográfica, articulada com a existência do serviço e a não restrição a ele influencia o grau e incidência de procura.

Também questionamos como se processa o acesso do estrangeiro aos serviços públicos de saúde nos municípios de fronteira. Identificamos que a maioria procura espontaneamente pelos serviços de saúde, e principalmente nos setores de emergência ou nos prontos-socorros dos hospitais, condição que lhe garante o acesso aos serviços de saúde. Alguns também são encaminhados, por outras unidades de saúde, porém poucos.

Não, procuram mais nos hospitais (referindo-se ao posto de saúde. (Assessora de Saúde Mundo Novo - MS)

Eles chegam sempre pela rede pública, ou daqui ou de Amambaí ou da cidade mais próxima que eles estiverem. Eles vão lá são atendidos na rede pública, os médicos acabam encaminhado geralmente para Dourados porque é a referência, eles são atendidos na nossa rede também é feito diagnóstico tudo e quando chega aqui é que vai barrar. [...] Não eles vêm diretamente. Porque, às vezes, vem de ambulância ou essas vans também, eles chegam lá largam os pacientes na frente da porta do hospital e o... (referindo-se que vão embora). Mas o Paraguai é aqui cem quilômetros (100 km). É e depois de toda essa situação nós ainda vamos ter a situação que nós temos muitos paraguaios vivendo ilegalmente aqui. (Autorizadora de APAC de Oncologia - SMS de Dourados – MS).

O fato é que na verdade são muitos os brasiguaios que foram ao Paraguai, ali tiveram filhos, e se tornaram paraguaios, e vem procurar atendimento no Brasil pelas dificuldades que o Paraguai tem, pelo sistema de saúde de lá. Então muitos deles são descendentes de brasileiros, que já moram lá há muito tempo e outros são paraguaios de natos mesmo, em virtude das dificuldades disso ele têm essa facilidade de passar a fronteira e buscar atendimento aqui. (referindo-se ao encaminhamento ou procura espontânea) [...] Ele vem diretamente para o hospital (Hospital Bezerra de Menezes – Faturista - Mundo Novo – MS)

(Referindo-se aos que são referenciados): Muito difícil. Dependendo, existem muitas pessoas que trazem eles para cá então eles já têm uma noção, dependendo do caso vai chegar não vai ser atendido. Então o que eles fazem? Eles passam nas unidades eles pegam encaminhamento se respaldam e eles vêm. [...] Isso, mas a maioria a porta é o Pronto Socorro direto. Para uma ambulância aí e vai embora. Não tem como barrar, quando tem coloca, dá para ser encaminhado é encaminhado, mas a maioria dos casos não (Funcionária do setor financeiro e AS – Santa Casa – Foz do Iguaçu-PR)

[...] Primeiro os brasiguaios, que são brasileiros que na maioria das vezes tem casa aqui ou tem parentes, trabalham no Paraguai e acabam vindo por uma questão econômica, morando lá e que a naturalidade deles é brasileira; e a gente tem também os paraguaios, a gente que tem assumido na área da saúde tem participado de discussões em relação aos esses municípios a gente sabe da grande dificuldade que é o acesso a saúde no Paraguai, até pela questão de estruturação, de organização. Então a gente tem esses dois públicos: que são os brasiguaios, os brasileiros que moram lá e também os próprios paraguaios que também querem um atendimento e, às vezes, a gente fica no confronto entre racional e o emocional em relação aos atendimentos oferecidos. Uma vez que eles têm a carteirinha eles continuam tendo esse acesso (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo – MS)

Quando ele chega aqui no setor de internação com o pedido de internação a gente pergunta se ele reside aqui. Se ele não reside aqui, reside em Libres a gente explica: não o procedimento só pode ser particular, se ele não reside na cidade a gente passa os valores dos quartos e aí se ele vem até nós e diz a gente não tem condições financeiras de pagar isso daí, aí a gente encaminha até o setor administrativo. De lá ele conversa com a administração e a administração encaminha pelo SUS. (Recepcionista – Setor de Internação - Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana RS)

[...] (referindo-se a restrição do acesso) Nenhuma. Aqui dentro do hospital do município não tem restrição com esse prefeito. No passado tinha. Não tem distinção de brasileiro, de estrangeiro, cor, raça nada. [...] A única restrição que se precisar de uma transferência, ou de um exame especializado que não se faz aqui então morre ou paga. [...] Vem direto (não vem encaminhados do pronto socorro) (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional Ponta Porã -MS).

[...] tem casos não tem com não atender, em determinados casos a gente já sabe e a gente atende, quando é fratura, então fazer o retorno, tem que fazer o retorno, porque o outro médico lá, ele não vai querer fazer ou tem dificuldade de receber esse atendimento em outro lugar, então faz tudo aqui do começo ao fim não é, então e é pago normalmente. Então isso é uma coisa essa normal é muito mais assim que a gente evite que o hospital acabe deixando paciente além do que seja necessário para não onerar todo mundo [...] (Auditor SMS Foz do Iguaçu - PR).

Não ficaram claros os dados referentes à referência e contra-referência de estrangeiros no SUS. Alguns municípios afirmam que conseguem referenciar para determinados procedimentos e para outros não, conforme as exigências de documentos do SUS. Outros dizem que conseguem referenciar através de pedidos informais, conforme o estado de saúde apresentado pelo paciente estrangeiro. Em outros municípios, identificamos que referenciam procedimentos de urgência e emergência. Ressaltamos que na maioria dos municípios onde os pacientes acessam o sistema pela porta de entrada da urgência e emergência assim, que este paciente obtém uma melhora no seu quadro de saúde, ele é

referenciado para um hospital no seu país de origem. Contudo, às vezes, isso não pode ser realizado por vários motivos: pela falta de atendimento na cidade estrangeira vizinha, por não ofertar os serviços, pelo paciente não ter condições de pagar por um atendimento no setor privado, ou ainda, pela distância geográfica, que impede a transferência deste paciente, pelo risco do agravamento do seu estado de saúde, assim como pelo custo do transporte, quando o município brasileiro responsabiliza-se pelo mesmo. Assim, o paciente estrangeiro acaba recebendo todos os cuidados de saúde na rede local do município, até obter alta hospitalar.

Percebemos que a assistência à saúde ao estrangeiro é muito complicada e, por vezes, difícil de ser entendida. Muitos dos sujeitos pesquisados não sabiam informar o caminho percorrido por um estrangeiro dentro do SUS, e se há um caminho possível a se percorrer.

4.2 COMO SE PROCESSA O ACESSO À SAÚDE PELOS ESTRANGEIROS

Identificamos que as respostas são divergentes de acordo com a existência ou inexistência de controle sobre o atendimento aos estrangeiros no município. Nos municípios que controlam ou colocam restrições quanto ao atendimento de estrangeiros, a estratégia é omitir a sua nacionalidade estrangeira, para obter o acesso ao atendimento em saúde. Muitos estrangeiros já conhecem o sistema de atendimento e buscam burlá-lo adotando esta ou outras estratégias. No que se refere aos procedimentos dos estrangeiros para ter acesso aos serviços de saúde e se eles utilizam estratégias para ter acesso a estes serviços na rede municipal de assistência à saúde,

A estratégia mais utilizada pelos estrangeiros residentes nas cidades vizinhas fronteiriças é a apresentação de comprovante de residência no município brasileiro de algum amigo, familiar.

[...] eles acabam tendo um amigo, tendo um parente [...] eles pegam esse endereço como referência e chegam ali falam que moram neste endereço, e acabam sendo atendidos (Assessora SMS Mundo Novo - MS).

Um outro procedimento para conseguir comprovante de residência nos municípios brasileiros é a locação de imóveis.

O documento que a gente requisita para esses atendimentos, agendamento é a carteirinha. [...] muitas vezes, estas pessoas os brasileiros, ou os brasiguaios, paraguaios eles tem um conhecido que hoje em dia não é todo mundo que tem casa própria. Quando você está abrindo o prontuário, você solicita o comprovante de residência, é muito difícil ter o comprovante de residência no nome, porque muitas vezes, a casa é alugada uma coisa assim. [...] com comprovante de residência, os documentos, na maioria das vezes o nosso sistema é falho, porque acaba cadastrando uma vez que a gente não tem uma atuação em loco na cidade para vistoriar. A gente tem isso nas áreas onde tem as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), como nós não temos uma cobertura cem por cento (100%), de agentes, então tem algumas áreas que ficam descobertas e então a gente conta com a boa vontade das pessoas de serem fiéis no que falam, muitas vezes com a própria saúde isso não acontece (Secretária Municipal de Saúde de Mundo Novo - MS).

Nos casos de estrangeiros que vêm de cidade estrangeira vizinha e portam comprovante de residência de amigos e familiares residentes nos municípios brasileiros, quando solicitada uma documentação civil brasileira, descobre-se a sua nacionalidade de origem. Para alguns sujeitos da pesquisa, a identificação do estrangeiro não se dá apenas pela apresentação de documentos civis do seu país de origem, mas sim pela sua aparência física e linguagem. Ao serem descobertos como estrangeiros, apresentam desculpas como perda e queima de documentos ou mesmo confessam morar no Brasil há algum tempo, porém sem oficializar legalmente a situação de estrangeiro no país.

[...] Eles omitem todos os tipos de informação, [...] tem medo de represália. Então dão essa desculpa quando falam da documentação, ou que estava trabalhando lá, [...] ou que perdeu o documento, que pegou fogo na casa ou que faz vinte anos que mora aqui e nunca se preocuparam em tirar documentação brasileira, porque nunca ficou doente, são essas histórias (Assistente Social do Hospital Evangélico – Dourado - MS).

[...] E eles mentem, omitem endereço, às vezes, muitas vezes a gente sabe que é paraguaio pelo sobrenome, pelas características físicas até, a fala e muitos dizem que moram aqui e como muitos são compadres, comadres, famílias eles dão o endereço das pessoas daqui e tem pessoas que tem duplo domicílio mesmo, tem imóvel aqui, tem imóvel no Paraguai, trabalham para brasileiros que tem fazendas no Paraguai, então fica difícil porque eles omitem, às vezes, a gente vai descobrir depois que foi atendido então, você vai procurar o resultado de exame, você vai procurar o paciente, você faz busca ativa e descobre que ele não é daqui, na maioria das vezes a gente vai descobrir sempre depois, eles omitem (Secretária Municipal de Saúde e Diretora Municipal de Saúde, Guaíra- PR).

Vários deles utilizam endereço falso já que no SUS também não é exigido o comprovante de residência. A casos aqui de pacientes que você percebe pelo sotaque que ele não é brasileiro, mas ele utiliza endereço brasileiro

para conseguir atendimento (Faturista, Hospital Bezerra de Menezes, Mundo Novo - MS).

Tanto brasileiros que nasceram aqui e depois se mudaram para o Paraguai e depois quando chega a idade escolar eles retornam no hospital procuram novamente a documentação para fazer o registro. Porque no Paraguai eles não utilizam a certidão de nascimento, o comprovante de nascimento brasileiro. Depois de seis, sete anos é que a criança traz. Eu acho que até porque com essa certidão de nascimento que eles conseguem alguns documentos do Brasil. Tem. Vários deles utilizam endereço falso já que no SUS também não é exigido o comprovante de residência. A casos aqui de pacientes que você percebe pelo sotaque que ele não é brasileiro, mas ele utiliza endereço brasileiro para conseguir atendimento. (Hospital Bezerra de Menezes – Faturista - Mundo Novo – MS 05/04/2005)

Não, não geralmente eles são sinceros, eles residem aqui, trazem, está no nome deles mesmo o comprovante e se eles residem com outras pessoas trazem o comprovante da pessoa com a qual eles residem juntos. [...] Geralmente são pacientes que são mais de crianças que estão, que consultam nos postos de saúde e são encaminhados para internação ou são pacientes que consultam em postos mesmo. Geralmente são de postos que são encaminhados para cá com alguns pedidos de internação (Recepcionista – Setor de Internação Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana - RS).

Há também casos de estrangeiros que apresentam documentação furtada, ou seja, apresentam identidade falsa. Estes casos não são perceptíveis quando atendidos na rede de atenção básica do município, apenas quando são referenciados para outros municípios brasileiros.

[...] Pela atenção básica era (o atendimento) continuado, teve casos de nós só perceber depois que o paciente estava em Curitiba, ele tinha ido com documentação trocada, por exemplo, [...], teve caso de paciente morrer em Curitiba com documento trocado e dá aquela confusão, a gente teve casos de todos os tipos (Auditor SMS Foz do Iguaçu - PR).

[...] Vinham com documento de outra pessoa, vinha com documentação sem fotografia à gente também não era de duvidar, isso aí a gente constatou pelo seguinte: de vez em quando morria um aí na hora de enterrar, íamos enterrar um vivo, então aparecia o nome e o documento verdadeiro da pessoa, usavam muito isso, isso era usado muito para ser atendido aqui. Hoje não, tem carta branca aqui para o atendimento [...] (Médico Diretor Clínico e Médico Socorrista, Hospital Regional, Ponta Porá, MS).

Outra estratégia bastante utilizada é deixar o estado de saúde agravar-se, para conseguir o atendimento na urgência e emergência, pois este atendimento não pode ser negado, pelo risco de vida. Entre os principais casos estão os das gestantes. Questionamos se a busca por atendimento na área de obstetrícia, estava ligada, ao fato da parturiente querer ter

o filho em território brasileiro para posteriormente obter direito a nacionalidade brasileira. A maioria dos entrevistados colocou que a procura das gestantes pelo atendimento, ou seja, para dar a luz ao filho no Brasil, não está ligado a estratégias.

Não, o povo é tão ignorante, são modestos, são uns coitadinhos, não, não pensam nisso. O fato é que eles querem ser atendidos, um bom atendimento (Médico Diretor Clínico e Médico Socorrista, Hospital Regional, Ponta Porá, MS).

Porém a sua condição de gestante, em procurar atendimento próximo ao trabalho de parto, foi considerado como uma estratégia para conseguir o atendimento.

[...] gestantes que chegam assim, no final da gestação, sem acompanhamento pré-natal, sem nenhum tipo de outro acompanhamento e vêm ter os bebês aqui para ter registro de naturalidade brasileira por conta disso eles têm o acesso[...].(Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo – MS).

[...] aqui tem muita mulher que trabalha aqui e é paraguaia, trabalha no Brasil, através de convênio, trabalha aqui, trabalha lá. E aí só chega no hospital na hora do parto, ou melhor, quando a bolsa está rompida. Aí não tem como mandar embora [...] Todas as parturientes do Paraguai chegaram aí no finalzinho, em trabalho de parto, já nascendo à criança, e aí não tem, tem que botar para fora [...] (Médico Diretor Clínico e Médico Socorrista, Hospital Regional, Ponta Porá, 2005, p. 4).

[...] eu acho meio complicado (referindo se as restrições) por que na verdade não haveria como você negar a atendimento a uma pessoa dessa, mas eles já chegam com medo de não ser atendido, ele já inventa um endereço aí você não tem como você segurar o paciente se ele está para ganhar a criança, que é muito dos nossos casos [...] (Faturista - Hospital Bezerra de Menezes – Mundo Novo, 2005, p.3).

Procuram mais nos hospitais principalmente gestantes [...] ganham nenê aqui, porque daí gestante entra como caso de emergência, daí não é cobrado nada, então daí entra assim. E, às vezes, daí aqui no posto de saúde, que daí agente aqui, tem que ter a carteirinha aqui do posto, então se essa pessoa mora no Paraguai, daí no caso a gente não faz a carteirinha. Mas, às vezes, eles acabam tendo um amigo, tendo um parente aqui em Mundo Novo eles pegam esse endereço como referência e chegam ali falam que moram neste endereço, e acabam sendo atendidos. (Assessora de Saúde Mundo Novo - MS).

Porém obtivemos também resposta contrária, o fato da gestante estrangeira procurar atendimento para gerar seu filho no Brasil constitui-se em estratégia para posteriormente à criança ter acesso aos direitos brasileiros, principalmente obter acesso aos serviços de saúde.

[...] áreas que ficam gestantes [...] no final da gestação, sem acompanhamento pré-natal, sem nenhum tipo de outro acompanhamento e vêm ter os bebês aqui para ter registro de naturalidade brasileira por conta disso elas têm o acesso (Secretária Municipal de Mundo Novo - MS).

Famílias vêm trazer os filhos para fazer atendimento, vem fazer o pré-natal, vem com a malinha e tal e fica nas pousadas, tem os agenciadores que tem casas já, naquela casa que ele vai ficar, já vem certo de lá, vamos lá e marcam lá já no Paraguai. Tem coisas do arco da velha a gente vivendo e ganhando dinheiro e explorando os pobres (Auditor SMS Foz do Iguaçu, PR).

Apenas no município de Foz do Iguaçu - PR identificou-se a presença de agenciadores, que facilitam a vinda e o próprio acesso de estrangeiros para conseguir atendimento, e cobram pelos seus serviços.

Também identificamos em alguns municípios, estrangeiros que acessam os serviços públicos de saúde, mas residem no Brasil e neste caso, não há exigências de documentação. Relatam ser muito raro estrangeiros residentes em cidades estrangeiras vizinhas buscar atendimento no SUS, a maioria compra os serviços oferecidos na rede privada de saúde.

É mais fácil ele ter o acesso ao atendimento público, ao atendimento gratuito pelo menos aqui em São Borja é assim, se ele não reside aqui dificilmente ele vai procurar o atendimento público, é difícil, mas [...] (Coordenadora Setor Internação, Hospital João Goulart – São Borja, RS).

No município de Santana do Livramento – RS, cidade-gêmea com Rivera – UY, onde a mobilidade de pessoas entre as duas cidades fronteiriças é intensa, facilitada pelo seu limite geográfico, fronteira seca, uma avenida, a busca de estrangeiros por atendimento no município brasileiro é identificada como sendo normal, em virtude das interações entre as duas cidades fronteiriças. Não são colocadas restrições com relação ao comprovante de residência, mas sim com relação à documentação. Mas segundo os Integrantes da Mesa Diretora do Hospital Santa Casa de Misericórdia é difícil negarem atendimento pela necessidade de saúde do estrangeiro.

Ele alega: “eu moro aqui, eu moro na cidade, eu moro em Santana”. É uma negação, sou residente, moro nesta cidade, portanto vim buscar esse serviço. Mas para nós não é fator de restrição. Mas é como eles se justifica para estar buscando o nosso serviço enquanto uruguaio. É que para nós tudo é muito natural, é que para nós é muito natural, essa condição. Aqui é muitíssimo comum. (Integrantes da Mesa Diretora do Hospital Santa Casa de Misericórdia – Santana Livramento, RS).

Mas muitos dão o endereço de que moram aqui, mas na verdade eles moram lá. Quando você interroga bem, faz um exame médico, interroga bem o paciente então tu vêes que ele está utilizando, às vezes, de familiares que são casados com brasileiros, mas residem lá, acontece muito isso. [...] É porque teve uma época que nós suspendemos devido a grande procura [...] devido o nosso usuário do SUS reclamar. Porque eles vinham em quantidade, então eles realmente tomavam conta, então foi suspenso durante e depois com isso o pacto que o Brasil e o Uruguai nos voltamos a atender, mas realmente até o próprio hospital daqui tinha uma demanda muito grande e se limitou por conta disso. (Secretária Municipal de Saúde de Jaguarão - MS).

Não identificamos uniões consensuais entre cônjuges de países diferentes como estratégia para garantia de atendimento em saúde. Porém cidadãos brasileiros, casados com cidadãos estrangeiros, residentes em cidade estrangeira vizinha, buscam atendimento no município brasileiro e conseqüentemente o cônjuge estrangeiro também. Nestes casos os entrevistados reconheceram as dificuldades para restringir o atendimento apenas ao membro da família brasileiro nato, assim acabam atendendo a todos.

Em virtude dos estrangeiros adotarem estratégias para acessarem o SUS, questionamos sobre a existência de normativas de registro da omissão, falsidade de endereços ou de documentação. Nos municípios onde essas estratégias são utilizadas freqüentemente a ordem das SMS é registrar este atendimento como atendimento a estrangeiros e não como cidadãos brasileiros.

A normativa é exatamente para que não omitissem, não mentissem, [...] não é estrangeiro coloque o endereço e até hoje nós estamos fazendo o Cartão SUS de alguém que mora no Paraguai (Auditor SMS Foz do Iguaçu, 2005, p.7).

Para haver controle e conhecimento das demandas pelos serviços de saúde pelos estrangeiros é necessário haver o registro destes atendimentos de forma condizente com a realidade atendida. Do contrário não há como comprovar a existência desta demanda, para implantar e implementar políticas públicas nos municípios fronteiriços. Contudo, vimos em alguns municípios que nas fichas de atendimento (em Unidades Básicas de Saúde), registra-se o endereço falso, talvez para facilitar o atendimento e não haver restrições por órgãos fiscalizadores.

Nos municípios pesquisados, em específico dos municípios do RS, com o Programa Saúde da Família (PSF) implantado, identificamos que há algumas restrições com relação à demanda de estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) pela abrangência

de cobertura da área. A exigência do comprovante de residência restringe o atendimento. São atendidos os estrangeiros residentes em território brasileiro, na área correspondente à cobertura da área da UBS.

Em virtude das estratégias utilizadas, questionamos a respeito do Cartão SUS, se o mesmo poderia restringir o acesso de estrangeiros no SUS.

Para alguns entrevistados a exigência do Cartão SUS, não irá garantir o controle de acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde brasileiros, visto que os estrangeiros utilizam ou podem vir a utilizar estratégias para efetuar o seu cadastro do Cartão SUS.

[...] você chega e fala: eu moro nesse endereço. [...] eu falo você mora no Paraguai. Como vamos comprovar que você não mora aqui. [...] a gente faz a vistoria com os agentes de saúde. Mas, a dona da casa fala “mas agora ele (referindo-se ao estrangeiro) vai ficar morando aqui comigo”, como ter esse controle? [...] (Assessora de Saúde Mundo Novo - MS).

Não, não vai melhorar, não vai melhorar porque o Cartão SUS desde que ele foi implantado [...] estão pedindo a Certidão de Nascimento, [...], passa na casa e vê quem mora na casa [...]. Eu na minha casa forneci dos meus familiares, eu poderia ter fornecido de gente que não mora lá e daí? A pessoa que vai ver isso ela registra ela não vai atrás de ver, onde esse paciente nasceu, se é brasileiro ou não é, se está com a situação legalizada no Brasil ou não. Então eles acabam emitindo o Cartão sem ter certeza do que eles estão fazendo. Mas para fazer o Cartão SUS você não precisa ter o CPF. Outra coisa, se você faz o CPF, no Banco do Brasil ou no Correio ou na Caixa com o documento de estrangeiro você, eles estão fazendo, não deveria estar, mas eles estão fazendo[...]. Eu acho que o Cartão SUS não resolve o problema. (Autorizadora de APAC de Oncologia - SMS de Dourados – MS)

Pelos depoimentos, percebemos que a preocupação está na emissão do cadastro do Cartão SUS, sendo necessário pessoas capacitadas e orientadas sobre o preenchimento do mesmo, do contrário muitos estrangeiros irão conseguir cadastrar-se no SUS. Alguns informantes colocaram que a implantação do Cartão SUS, no município é recente, nem todas as pessoas foram cadastradas, sendo emitido somente para os casos de referência e contra-referência nos níveis de assistência à saúde de média e alta complexidade. Assim, não souberam informar se o Cartão SUS poderá restringir o acesso de estrangeiros nos serviços de saúde pública no Brasil. Também acham que, no caso dos municípios fronteiriços, o uso do Cartão SUS pode gerar ainda mais problemas. Pois, com a exigência do cartão para todos os procedimentos na área da saúde, como poderão atender o estrangeiro que demanda pelos serviços na rede municipal de saúde? Alguns colocaram que esta é uma questão ainda a ser debatida com MS e não sabem como isso será aplicado.

Avaliamos que nos municípios fronteiriços será necessário adotar um cadastro de atendimento específico para estrangeiros como um instrumento de gestão, para formalizar a garantia de acesso de atendimento ao cidadão de outros países. Estes municípios apresentam uma realidade diferente dos demais municípios não fronteiriços e o Cartão SUS garante a identificação apenas dos usuários brasileiros. Para Reis, et al (2004) faz-se necessário criar um instrumento único de identificação de usuários, observando as legislações de cada país membro do MERCOSUL.

4.3 MOTIVOS QUE LEVAM OS ESTRANGEIROS A PROCURAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sobre os motivos que levam os estrangeiros a buscar atendimento nos serviços de saúde dos municípios fronteiriços, a questão da qualidade sobressaiu-se.

[...] Bom os paraguaios, os brasiguaios a saúde de lá é sabidamente inferior a qualidade e tal, eu não sei até que ponto, e aí eles buscam atendimento aqui, porque lá é pago tudo [...](Auditor SMS Foz do Iguaçu - PR).

A existência de serviço gratuito [...], pelo SUS acaba vindo tudo para cá, é isso. (Autorizadora de APAC de Oncologia - SMS de Dourados – MS).

Precária (referindo-se a saúde no Paraguai), não tem seguridade os paraguaios, se têm dinheiro paga se não quanto doente que está lá internado termina o dinheiro e vem para cá, para o hospital.[...] Aliás, toda a internação do hospital tem que passar pelo Pronto Socorro, pelo médico plantonista (Médico Diretor Clínico e Médico Socorrista, Hospital Regional, Ponta Porá -MS,).

A proximidade geográfica com os municípios fronteiriços brasileiros, associada à oferta de serviços em saúde, facilita a acessibilidade ao sistema público de saúde brasileiro, pelos estrangeiros. Enquanto que em alguns centros de atendimento em saúde das cidades estrangeiras vizinhas possuem maior distância geográfica, comparando-se com, o percurso para chegar no Brasil, cidade brasileira limítrofe.

Associa-se a esse fato a falta de recursos e serviços de saúde no país de origem dos estrangeiros. Segundo os depoimentos, apesar do SUS não conseguir garantir acesso a toda a população brasileira, principalmente nos níveis de média e alta complexidade, pelo estrangulamento da rede e até mesmo pela falta de qualidade nos serviços de saúde em

alguns setores, ainda assim os sujeitos da pesquisa colocaram que o sistema público de saúde brasileiro possui mais qualidade e tem maior cobertura de atendimento que os sistemas públicos dos países vizinhos.

A fronteira com o Paraguai é [...] fronteira seca, só passou a rua está do outro lado do país e é difícil falar isso, mas os pacientes que vem para o atendimento eles não vêm porque acham que o hospital do Brasil, às vezes, eles não tem atendimento eles não conseguem ter atendimento nenhum. Extrema necessidade É por necessidade (Faturista, Hospital Bezerra de Menezes, Mundo Novo – MS).

[...] Pela falta de atendimento lá. Tem casos, por exemplo, que quando você pega o registro de pacientes que moram do lado de postos de saúde do Paraguai, do lado do centro previdenciário do Paraguai, do lado dos hospitais e não atendem lá, eles vêm para serem atendidos aqui no Brasil. (Faturista, Hospital Bezerra de Menezes, Mundo Novo – MS)

[...] O Uruguai tem uma visão mais de prevenção e promoção em saúde que os brasileiros, então se vocês observarem os programas que mais eles buscam são os programas preventivos, como prevenção do colo de útero, prevenção de câncer de mama, realmente então há uma busca muito grande se abrir, eles vem quase todos, eles têm muito cuidado, eles tem uma visão maior, eles tem uma educação maior, melhor um pouquinho melhor que o nosso brasileiro.

eles principalmente na parte do odonto que tem um número limitado de fichas, então entre eles havia essa disputa. Então por isso, nós tivemos que limitar um pouco essa distribuição de fichas para os uruguaios, porque realmente o brasileiro ficava realmente impedido de utilizar o serviço, chegando a ponto de, às vezes, eu observei isso de na parte de odonto de ter, por exemplo, são 10 fichas, 10 fichas foram para os uruguaios, porque eles são muito dóceis, então eles vêm de madrugada ficam na fila e não reclamam de maneira alguma. Eles são pessoas que não reclamam de nada se você chegar na primeira e ser atendido como último ele não vão reclamar. Então é um pessoal assim muito dócil, eles sabem assim estão utilizando nosso serviço, acham nosso serviço muito bom, eles dizem isso, muito bom. Então eles são muito gratos, chegando a ponto de, às vezes, assim dizer: doutora o que eu tenho que te pagar para ter o atendimento que a senhora está nos dando? Entende?! Então a gente explica que não, que é o Sistema Único de Saúde é totalmente grátis, que eles não tem que contribuir com nada apenas retornando ao serviço para pegar seu exame para complementar seu tratamento, mas realmente por isso, realmente eles são quase sempre eles são atendidos por sua maneira de ser. (Secretaria Municipal de Saúde - Jaguarão – RS)

Eu creio que eles não tem atendimento lá, nem dos próprios paraguaios, nem dos brasileiros que moram lá. Eles vêm para a Santa Casa, porque a Santa Casa é o único hospital que atende diretamente ao SUS, tem o Costa Cavalcante o hospital foi credenciado pelo SUS, mas ele seleciona os pacientes dele, não é qualquer um que é chega que vai ser atendido e aqui é mais flexível. Se chegar de uma forma ou de outra ele vai ser atendido, vai receber o primeiro atendimento, até uma orientação aqui ele vai ter. Então o caminho deles é a Santa Casa. Entre eles, eu fui atendido lá no Brasil, vai lá

na Santa Casa que eles atendem (Entrevista funcionária do setor financeiro e AS/ Santa Casa – Foz do Iguaçu, 2005)

Eles colocam por que saúde é uma questão de confiança, ou você confia ou você não confia, [...] (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo - MS).

São atendidos porque lá eles têm que pagar, lá não existe medicina gratuita, então sobram muito poucos, mas sobram, então eles vêm para o lado de cá e a gente tem mais recursos. Principalmente o problema financeiro, procura de serviços, mais é o problema financeiro. (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional Ponta Porã- MS).

Observamos que a procura dos serviços de saúde brasileiros pelos estrangeiros, ocorre de forma espontânea condicionada aos fatores apontados por Travassos (2004): à necessidade de saúde, seja pela morbidade, gravidade e urgência da doença; às características geográficas e demográficas da região; e à organização do sistema, pela sua infra-estrutura, com recursos disponíveis para o atendimento, levando em consideração também as características da oferta, com disponibilidade de profissionais da área da saúde, hospitais, ambulatórios e UBS's.

Este conceito de acesso mostra-se articulado com o termo acessibilidade, compreendido como qualidade do que é acessível, relacionada à oferta de serviços, ou seja, à capacidade de produzir serviços de saúde que respondam às demandas de saúde da população (DONABEDIAM, 1973 apud TRAVASSOS, 2004). Então a estrutura organizacional, a oferta do serviços e os recursos do sistema de saúde brasileiro facilitaria o seu uso, pelos usuários estrangeiros, causariam impactos ou influenciariam positivamente, por meio das respostas as demandas de saúde desta população fazendo-os buscar o acesso no SUS.

Apesar de termos identificado por alguns entrevistados que o uso dos serviços de saúde pelos estrangeiros está somente ligado ao fato da inexistência dos serviços em saúde no seu país de origem, a acessibilidade é um elemento fundamental para explicarmos as variações do acesso e o uso dos serviços de saúde pelos estrangeiros, pois está atrelada às dimensões sócio-organizacionais e geográficas. A primeira dimensão incluiria todas as características da oferta dos serviços, as políticas formais e informais que selecionam o paciente em função de sua condição social e situação econômica. A segunda dimensão relaciona-se às facilidades de locomoção, custo do período de tempo e custo financeiro da viagem (TRAVASSOS, 2004).

O acesso universal ao SUS é restrito ao povo brasileiro, conforme as legislações vigentes. Contudo, os estrangeiros também são atendidos devido às suas condições, sejam elas de saúde como econômicas, pois não possuem poder aquisitivo para

comprar os serviços privados de saúde e acabam procurando a rede pública. Segundo os relatos, estes fatores pesam muito no momento de negar o atendimento aos estrangeiros.

Percebemos até o momento, que o conceito de acesso vai além do uso dos serviços de saúde e da entrada no sistema, pois está embutido a acessibilidade que, segundo Donabedian (1973 apud TRAVASSOS, 2004), relaciona-se ao grau de ajuste e desajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as características da população no processo de busca pelos serviços.

Levando em conta o conceito de acessibilidade de Frenk (1985, apud TRAVASSO, 2004; GIOVANELLA; FLEURY, 1996), a busca dos estrangeiros por atendimento no SUS estaria relacionada aos obstáculos, considerados como resistências não apenas pela indisponibilidade de recursos, mas também os impedimentos ecológicos, financeiros e organizacionais, para procurar e obter a atenção em saúde e as capacidades das pessoas em superar estes obstáculos. Neste conceito, o poder de utilização dos serviços de saúde estaria na necessidade de saúde, desejo de obter os cuidados de saúde, buscando acessar o sistema e dar continuidade aos cuidados de saúde. O conceito de acessibilidade, neste caso, leva em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos dos indivíduos.

Os autores Penchansky e Thomas (1987, apud GIOVANELLA; FLEURY, 1996) trabalham com o conceito de acesso pelo conjunto de dimensões específicas entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde. Analisando o acesso dos estrangeiros a partir deste conceito, a procura pelos serviços de saúde estaria relacionada a:

a) disponibilidade: relação entre a quantidade e o tipo de serviço existente, com a quantidade de clientes e o tipo de necessidade;

b) acessibilidade: relação entre a localização da oferta e a localização dos clientes, seriam os recursos e condições de transporte, tempo de viagem, custo, distância. Esta dimensão é bem presente nos municípios fronteiriços, pois onde há melhores condições de transporte, ou menor distância entre as cidades fronteiriças, fronteira seca, e transporte público, o fluxo ou mobilidade de estrangeiros nas cidades brasileiras é maior;

c) acomodação e adequação funcional: é a relação entre o modo de como a oferta está organizada para aceitar os clientes e a capacidade dos clientes de acomodarem-se a estes fatores e perceberam a convivência dos mesmos. Esta é uma dimensão muito importante, pois os estrangeiros obedecem ou se acomodam às exigências organizacionais do sistema brasileiro. Não há diferenciação de sistema de agendamento, horário de funcionamento e organização de sistema de atendimento para estrangeiros, ao acessarem obedecem às normas e a organização dos serviços de saúde brasileiros. Em alguns relatos esta

dimensão fundamenta-se ao fato deles não terem direito à saúde no SUS, por isso, aceitam as condições impostas, sem maiores exigências;

d) capacidade financeira: como se trata de serviços públicos não há relação entre o preço do serviço e a capacidade de pagar. Nesta análise percebemos a universalidade e a gratuidade ligadas à condição socioeconômica não apenas do estrangeiro, mas, de forma geral, estendendo-se aos usuários brasileiros, não respeitando os princípios do SUS, apontando-o como um sistema para pobres. Desrespeitado a universalidade, no direito de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários e na integralidade pautada na percepção do usuário como um todo e integrante de uma comunidade que tem o direito de receber assistência integral.

e) aceitabilidade: consideramos esta dimensão importante no acesso de estrangeiros. Não percebemos qualquer resistência dos municípios que atendem estrangeiros para com estes usuários, e nem destes com os profissionais de saúde, os quais prestam o mesmo atendimento, como se fossem usuários brasileiros. Essa última dimensão contempla o conceito de acesso elaborado por Starfield (2002 apud TRAVASSOS, 2004) em que acessibilidade refere-se às características da oferta e o acesso é a forma que as pessoas percebem essa acessibilidade, pois isso influencia a decisão de procurá-los.

Neste estudo compactuamos com o conceito de acesso elaborado por Travassos (2004), segundo o qual o acesso não se explica somente pelo uso dos serviços, mas está relacionado à entrada inicial nos serviços de saúde, condicionada à idéia de desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Este conceito se amplia com a entrada do usuário nos serviços de saúde para os resultados dos cuidados recebidos. Segundo a autora, o uso dos serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica somente por ele, pois a saúde é entendida como um fenômeno mais amplo que a doença. E o uso dos serviços de saúde é dependente de determinantes individuais agrupados em fatores de predisposição, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Os fatores predisponentes existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde. Os fatores capacitantes concernem aos meios disponíveis para as pessoas obterem os cuidados de saúde. E as necessidades referem-se às condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde

Com isso a autora faz três distinções sobre o acesso: acesso e uso de serviços, acesso e continuidade do cuidado e acesso e efetividade dos cuidados recebidos.

Em relação ao acesso dos estrangeiros, identificamos que a grande dificuldade dos municípios com relação a esta demanda é assegurar a continuidade do

tratamento de saúde aos estrangeiros que necessitam serem referenciados para níveis mais elevados da assistência em saúde. Vimos que em alguns casos a assistência é negada, ou o atendimento é realizado dentro dos limites de atenção em saúde dos municípios. Contudo, este paciente estrangeiro recebe o mesmo tratamento que é oferecido a um paciente brasileiro.

Os motivos que levam os estrangeiros a buscarem atendimento no SUS também condizem com o conceito de acesso efetivo e acesso eficiente destacados por Andersen (1995, apud TRAVASSOS, 2004) nos quais o conceito de acesso passa a ser estabelecido a partir dos seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas e não somente na sua utilização.

Também concordamos com os estudos de Giovanella e Felury (1996), quando afirmam que a categoria de acesso e acessibilidade pode diferenciar-se de acordo com o modelo de saúde. No caso do acesso de estrangeiros ao SUS, teríamos o modelo sanitarista-panificador, no qual o conceito de acesso está fundamentado na possibilidade de consumo garantido através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços.

O acesso à saúde pelos estrangeiros neste modelo perpassaria pela organização do sistema, em uma rede regionalizada e hierarquizada. Contudo este sistema é planejado para os usuários brasileiros, no qual a rede de serviços deve ser: a) regionalizada e distribuída espacialmente na proximidade local de trabalho e de moradia, levando em conta as condições de transporte; b) hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade; c) baseada nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando os fluxos dos usuários no interior dos distintos níveis de referência; e d) com agilidade nos processos administrativos para facilitar o atendimento e a demanda com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior possibilidade de utilização dos usuários. Este sistema apresenta problemas e dificuldades de atendimento para com os brasileiros e com relação aos estrangeiros pois estes últimos se utilizam dele ainda com mais dificuldades de acesso pela sua própria condição de estrangeiro.

4.4 PROBLEMAS DE ATENDIMENTO AOS ESTRANGEIROS PELO SUS NO BRASIL

Questionamos também com relação aos problemas causados pelo acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde. Identificamos que os problemas variam muito, conforme os depoimentos que se seguem.

Um dos principais problemas identificados refere-se à preocupação com o acompanhamento e prosseguimento do tratamento indicado, pois muitos pacientes não retornam aos serviços de saúde. O mesmo acontece com o acompanhamento, pré e pós-natal. Parturientes que não realizam os exames de pré-natal, colocam em risco a sua vida e a vida da criança. Muitas parturientes chegam nos hospitais num estágio gestacional avançado ou até mesmo em período expulsivo de forma a receber a prestação dos serviços sem maiores burocracias. Assim agindo, coloca em risco a segurança de um parto bem sucedido. Outra preocupação associada a nascimentos no Brasil refere-se ao registro de nascimento, no qual são assinaladas as primeiras vacinas recebidas pelas crianças. Este cartão de vacinação vem a ser, posteriormente, interrompido pois a mãe não mais retorna para acompanhar o calendário de vacinas no sistema brasileiro. Alguns municípios apontaram que não conseguem obter dados exatos a respeito da cobertura vacinal. Em virtude deste problema, um município adotou cartões com cores diferentes para identificação de brasileiros e estrangeiros, assim em cada campanha vacinal identificam o número de estrangeiros e de brasileiros vacinados. Diante deste problema, um outro município está realizando uma pesquisa, visitando todas as residências, para analisar os cartões de vacinação infantil.

[...] não fazem o pré-natal, não fazem nada, só vêm na hora do parto, então daí dá problema no atendimento, super lota as UTIs neo-natais, cria um caos [...] problema no acompanhamento vacinal depois, porque recebe uma vacina que manda dar continuidade e não tem como fechar, então uma série de problemas que nós temos na fronteira, que é próprio da fronteira. [...] a pactuação de atenção básica, sempre a as epidemiologistas estão colocando as justificativas da situação, a população do Paraguai, população que é atendida aqui.[...] (Auditor SMS Foz do Iguaçu – PR).

Como não há protocolos ou normas para o atendimento aos estrangeiros, muitos profissionais da área da saúde não sabem como proceder com este atendimento, ou seja, se devem ou não autorizá-lo, tanto por questões de posteriores cobranças pela autorização do atendimento ligadas a parte orçamentária, quanto pela insegurança de cometerem algum erro ou acidente na prestação dos serviços, que venha prejudicar a saúde do usuário estrangeiro. Há ainda a questão da negação do atendimento que pode comprometer ou agravar o estado de saúde do paciente.

[...] Eu barro pelo seguinte, se para pagar esse procedimento depois que foi autorizado alguém tem que ficar responsável por essa autorização que não eu, então quando acontece esse tipo de coisa, eu encaminho para a Secretária de Saúde, porque se ela autorizar quem vai ser ralado não vai ser eu, é ela, e não tem acontecido dela liberar [...] O problema estaria

mais na ponta? (Autorizadora de APAC de Oncologia - SMS de Dourados – MS).

Alguns depoimentos mostram-se contrários à iniciativa de implantação de um sistema integrado de ações e serviços em saúde na fronteira, devido tanto à questão do orçamento, quanto à questão de quantidade de profissionais e infra-estrutura física para atender esta demanda estrangeira, pois presumem que essa integração irá aumentar a busca de estrangeiros pelo atendimento em saúde no Brasil.

[...]. Você deve me achar meio metida. Mas é que essa solução que o governo arrumou de pagar, aumentar o teto financeiro dos municípios para atender o Paraguai, vai resolver porcaria nenhuma, eles mandam tudo para nós. Quer dizer eles vão ganhar o dinheiro, nós temos um número de vagas aqui ó, por exemplo, para fazer uma tomografia, duas ultra-sons, mas você quer o que o dinheiro foi lá para o município. Esse paciente vai chegar aqui e eu não vou ter vaga para atender ele, fazer os exames. Além disso, de ser incluído nessa verba o pessoal tem que ver que não é só o dinheiro que conta, não adiante eu aumentar o numero de exames que eu possa oferecer se eu não tenho equipamento e gente para isso. (Autorizadora de APAC de Oncologia - SMS de Dourados – MS).

Outro problema relaciona-se à questão do orçamento dos municípios na área da saúde. Os municípios recebem o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB - fixo) para o financiamento das ações de atenção básica, pela introdução de uma lógica *per capita* no SUS, através do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com isso, os municípios não recebem pelos atendimentos prestados aos estrangeiros, nem pelos atendimentos realizados aos brasileiros que residem em território estrangeiro, pois estes não são incluídos no censo.

[...] eles buscam, sempre o nosso serviço [...] traz um problema muito grande porque como nos recebemos o PAB, recursos por habitantes ano, isso por habitantes, traz um problema muito forte porque nos estamos tirando do nosso despesas para atender o país vizinho sem ter nenhuma troca é isso que nos estamos discutindo nas reuniões que temos tido. Reuniões de saúde que nós temos tido com o consulado Brasil e Uruguai (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo - MS).

Traz porque as verbas que vem do Ministério da Saúde para nós em termos de Atenção Básica de Saúde são verbas todas elas, são verbas carimbadas, então isso dificulta um pouco além do mais com essa demanda há um maior desgaste de profissionais e há também um desgaste nós utilizando, temos que usar mais a compra de material para atendimento desse pessoal e uma série de coisas que nos traz e que isso vai onerar o nosso orçamento da saúde fazendo com que a gente tem que diminuir a compra de medicamentos, compra de para o nosso usuário do SUS, entende. Há uma

oneração neste sentido muito grande [...] (Secretaria Municipal de Saúde - Jaguarão – RS).

Em alguns hospitais a preocupação é com a glosa do atendimento aos estrangeiros pelo SUS, se o atendimento não for considerado como caso de urgência e emergência. Não se tratando destes casos, se o hospital atender este público de estrangeiros, terá que assumir o pagamento deste atendimento e arcar com os prejuízos decorrentes, pois estes gastos de assistência aos pacientes estrangeiros não podem ser alocados como despesas do SUS.

Na maioria dos casos o hospital acaba tendo prejuízos porque os auditores, às vezes, glosam. Eles acham que realmente você teria que ter mandado o paciente de volta, eles não sabem do real problema lá da frente, tem dificuldades, tem que acionar o Consulado e transferir esse paciente de volta. Ele tem dificuldade à maioria das vezes não recebe nada, porque o auditor na hora de auditar aquela conta ele acha que aquele caso não precisava ter entrado que devia ter sido mandado embora, aí sendo uma conduta de médico como médico. O médico de lá achou que teria que internar e o auditor achou que não poderia, teria que ser mandado embora. Se o internamento é glosado o hospital perde, o hospital atendeu o paciente de graça. (Funcionária do setor financeiro e Assistente Social – Santa Casa – Foz do IguaçuPR).

Há também problemas relacionados à prestação dos serviços aos estrangeiros, quando os municípios sentem-se responsáveis pelo atendimento, pois são eles que recebem esta demanda e com isso necessitam dar respostas a ela, porém muitas vezes não sabem como encaminhar este paciente, se devem ou não atender. Se atenderem, não tem quem pague e o município tem que arcar com as despesas. Se negarem o atendimento e este paciente sofrer algum agravo em sua saúde por conta da restrição do atendimento, também tem que responder por isso. Muitos colocaram que não sabem como lidar com essa situação e acabam respondendo às demandas de acordo ou dentro de suas possibilidades e limites. Como não há uma norma ou regra a seguir, cada caso tem que ser resolvido dentro da sua particularidade de acordo com as condições, muitas vezes, solicitando favores ou agindo de maneira informal para garantir que este estrangeiro seja atendido.

[...] como a saúde foi municipalizada, o município diretamente sofre com essa pressão, seja com o gasto de profissionais, com medicamentos, então de veículos quando tem que ir para fora, então o município é o primeiro a gritar porque é ele que sente a ação diretamente [...] (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo – MS).

[...] Então a gente já está tendo essa demanda nossa bem mais dos paraguaios, mais os brasileiros, mais os brasiguaios, então chega um

momento que alguém fica sem atender, às vezes, é nossa população que os brasileiros, brasiguaios chegam primeiro aí eles brigam porque eles falam que moram aqui, pagam impostos, tem os mesmos direitos e agente não discorda disso e, às vezes, também os paraguaios não conseguem ter atendimento aqui, não é dificultado, a gente tenta definir nossa população, e aí quando se pega a unidade básica de saúde ele automaticamente já sabe que não vai poder ser atendido, vai ter o agente comunitário de saúde que vai saber que ele não mora lá, então para ele também está ficando difícil o acesso, está ficando restrito, então a pergunta é: então o que se vai fazer com essa população? Quem vai dar suporte para isso? Os outros discursam, mas é a gente que fica lá no dia a dia, para tentar resolver todos esses problemas. (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo - MS).

No Hospital Regional em Ponta Porã, por exemplo, não há restrições com relação ao atendimento de estrangeiros, porém no momento em que o SUS deixar de cobrir os gastos com esse atendimento, acreditam que terão problemas, pois o acesso a estrangeiros terá que ser negado.

O único problema que poderá interferir se uma hora dessas o SUS começar a rejeitar essas contas do estrangeiro, porque até agora as contas estamos apresentando, as contas das internações, estamos recebendo, mas isso é um problema muito sério porque o SUS diz que não paga as contas, mas por enquanto está pagando e o dia que ele tiver que parar de pagar as contas, não sei se esse prefeito ou vai ter dinheiro para arcar com essa despesa ou vai ter que tomar uma atitude, não vamos internar mais. (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional Ponta Porã- MS).

Um problema bastante interessante relaciona-se às queixas dos usuários brasileiros com relação ao atendimento aos estrangeiros. Queixam-se de não serem atendidos, de perderem as poucas vagas de atendimento, insuficientes até para atender a demanda brasileira e ainda serem oferecidas à população de outros países. Isso gera reclamações de usuários brasileiros aos estrangeiros e aos os profissionais de saúde que atendem este universo estrangeiro.

Muito pessoal muito pessoal reclama, às vezes, chega aí não tem vaga para internar, fazer uma cirurgia, não sei o que lá “mas como está internado o Joaquim que é paraguaio”. Tem bate boca sim. (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional Ponta Porã -MS)

Acreditamos que muitos dos problemas estão relacionados à questão de não haver políticas de saúde para os municípios fronteiriços, cada região da fronteira apresenta especificidades diferentes conforme a intensidade desta demanda estrangeira.

4.5 REGISTRO OU CONTROLE DE ATENDIMENTO

A existência do acesso aos serviços de saúde pelos estrangeiros foi constatada quando relatados os atendimentos prestados aos estrangeiros, pois não há registros específicos sobre esta demanda. Assim, não foi possível identificar através de dados quantitativos o número de atendimentos prestados aos usuários estrangeiros que buscam atendimento em saúde no Brasil.

A inexistência de registro dos atendimentos prestados aos estrangeiros pelo SUS, pode estar relacionada a alguns fatores, tais como: não exigência do Ministério da Saúde, não existe um banco de dados específico para gerar esta informação; falta de iniciativa e conhecimento dos próprios municípios sobre sua realidade; falta de incentivos e contrapartida financeira para prestação do atendimento; pouca demanda de estrangeiros no município e a própria especificidade da fronteira que torna difícil a efetuação do registro.

Constatamos a inexistência de sistema de registros e/ou informações no nível de Ministério da Saúde, específico sobre a demanda estrangeira no SUS na região de fronteira.

Conseqüentemente, os municípios não são obrigados ou responsabilizados pela efetuação do registro dos estrangeiros que acessam o sistema de saúde, pois o próprio Ministério da Saúde, ainda não implementou um sistema de informação neste universo.

Atualmente, com a discussão do Sistema Integrado de Fronteira, o registro dos atendimentos prestados aos estrangeiros fará parte do levantamento de dados para a implantação de uma política voltada à realidade dos municípios de fronteira, condicionada ao repasse de recursos financeiros. No entanto, os gestores municipais de saúde, conhecedores desta política, não sabiam ainda como iria ser efetuado este levantamento.

A não exigência do registro está condicionada à falta de uma política específica para os municípios limítrofes de fronteira. Por outro lado, os municípios não se sentem responsabilizados a registrar, pois sua especificidade de fronteira não é levada em consideração. Assim, os municípios acabam atendendo os estrangeiros de acordo com o seu nível de assistência, não recebem recursos específicos para prestação destes serviços e, com isso, não tem relevância, para eles, a efetuação do registro. Outro dado a ser considerado é a demanda ínfima em alguns destes municípios.

Somente um município estava efetuando o registro dos atendimentos prestados aos estrangeiros para comprovar seu acesso ao SUS, pois a elevada procura tem

onerado o sistema tanto no setor financeiro, quanto no setor de prestação de serviços. Num outro, por conta da auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, também são feitos levantamentos estatísticos que comprovam o atendimento aos estrangeiros (ANEXO Q – Registro atendimentos a estrangeiros –Jaguarão -RS). O Hospital Regional de Ponta Porã está iniciando o procedimento de registro para comprovar os atendimentos prestados aos estrangeiros, com o objetivo de pleitear verbas junto ao MS.

Alguns municípios fizeram críticas ao registro do atendimento condicionado ao repasse ou aumento de recursos financeiros ao município pelo fato de não serem sempre suficientes, uma vez que além de verbas, faz-se necessária a ampliação de estrutura de serviços e a contratação profissionais de saúde para atender esta nova demanda estrangeira. Torna-se, desta forma, necessária a existência de uma política de prestação de serviços.

Também identificamos que, apesar de alguns municípios atenderem estrangeiros, nunca perceberam a necessidade do registro. O atendimento ao estrangeiro é visto como algo natural, pois são municípios limítrofes de fronteira e o fluxo, o acesso dos estrangeiros ao sistema local de saúde é estabelecido conforme o acesso de um usuário brasileiro. Apenas apontam particularidades ou dificuldades no atendimento aos estrangeiros quando estes necessitam assistência de maior complexidade, como veremos adiante.

Identificamos ainda a dificuldade da implantação de um sistema de informação sobre o atendimento ao estrangeiro pela falta de comprovação da identificação da nacionalidade estrangeira. Muitos estrangeiros utilizam-se de estratégias para acessar o sistema, como obtenção de comprovante de residência com amigos e familiares; como se residissem com estes ou como inquilinos de imóvel no Brasil. Assim sendo e, propriamente por residirem no Brasil, teriam acesso ao sistema como os usuários brasileiros, de acordo com a territorialidade. Há também estrangeiros que não portam qualquer tipo de documentação de identificação civil.

Verificamos ainda, de acordo com os depoimentos, que em algumas instituições de saúde, tanto unidades básicas como hospitais, o paciente é identificado em seu prontuário como estrangeiro exatamente para comprovar que estas instituições atendem estrangeiros. Já em algumas instituições essa informação é omitida para permitir o acesso do estrangeiro e conseqüentemente o pagamento do serviço prestado com receio que este seja negado pelo SUS. No entanto, em nenhum município obtivemos informação que o repasse de recurso para pagamento de procedimentos em saúde tenha sido negado. Em Foz do Iguaçu, pelo fato da demanda ser muito elevada, percebemos o controle e fiscalização da auditoria,

pois os procedimentos, somente são no nível de média e alta complexidade, quando considerados casos de urgência e emergência, do contrário, o pagamento é glosado.

Enfim, não há um controle estatístico dos atendimentos prestados aos estrangeiros. Percebemos que existe uma preocupação maior de registro com relação ao nível de média complexidade condicionado à autorização do pagamento do procedimento. No nível de atenção primária, o registro não é levado em consideração, o estrangeiro é percebido como um usuário brasileiro, porém os municípios não recebem por esta per capita extra, ou seja, esta demanda flutuante advinda do país vizinho. Isso irá incidir de forma negativa no orçamento municipal de saúde, repercutindo na questão do acesso e da própria qualidade do atendimento, pela elevação da demanda.

4.6 RECURSOS FINANCEIROS

Identificamos que os municípios limítrofes de fronteira acabam atendendo os estrangeiros, porém não têm no seu orçamento verbas específicas para atender esta demanda. Não há repasse de recursos ou incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde do Brasil. Tampouco existem acordos legais com os países vizinhos do Mercosul. Embora seus cidadãos sejam atendidos no sistema público de saúde brasileiro, não há uma política de integração no nível financiamento de política de saúde ou contrapartida financeira.

Os serviços e ações em saúde, prestados aos estrangeiros no Brasil, são pagos pelo SUS. Quando perguntamos de que forma são efetuados os pagamentos dos procedimentos em saúde prestados aos estrangeiros, nenhum informante soube precisar como o pagamento é realizado. Buscamos obter dados principalmente junto aos diretores e funcionários do setor financeiro dos hospitais, porém em alguns contatos eles não sabiam caracterizar o pagamento dos usuários estrangeiros atendidos, dando informações gerais.

Atendemos porque tem um documento colocando que Brasil deve atender estrangeiros na faixa de cinquenta quilômetros da fronteira e este é pago pelo SUS (Diretor Hospital Santa Casa de Misericórdia – Uruguaiana - RS).

Em um outro município, no Hospital de Caridade de Santana do Livramento - RS, as faturas dos atendimentos aos estrangeiros são enviadas a Secretaria de Estado da

Saúde. Quando a auditoria constata uma fatura de atendimento de estrangeiro, remete-a novamente ao hospital. Este faz uma justificativa da prestação do atendimento ao estrangeiro e, em seguida, o pagamento é liberado.

Outros municípios não apresentam qualquer especificidade a respeito do pagamento do atendimento aos estrangeiros. Alguns afirmam ser igual ao pagamento de procedimentos pagos aos usuários brasileiros.

Comum, idêntico a qualquer habitante do Brasil (questão financeira do atendimento destes paraguaios).[...] Ele te um número de cento e dez (110) atendimentos de internação por mês. Dentro desses cento e dez ele não faz discriminação entre a nacionalidade brasileira ou paraguaia (AIH). (Hospital Bezerra de Menezes – Faturista - Mundo Novo – MS).

Bom teoricamente o SUS não pagaria essas contas, mas o prefeito se comprometeu se o SUS não pagar ele paga do bolso dele. Então virou porta franca de novo. Nós mandamos as contas, as faturas todo o mês e até hoje não houve glosa de conta nenhuma, o dia que houver o prefeito enquanto ele se agüentar nós continuamos, depois vai ser só para brasileiros. (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional Ponta Porã-MS)

Nós mandamos as contas, as faturas todo o mês e até hoje não houve glosa de conta nenhuma, o dia que houver o prefeito em quanto ele se agüentar nós continuamos, depois vai ser só para os brasileiros (Diretor Clínico e Médico Socorrista Hospital Regional de Ponta Porã - MS).

Ressaltamos que, na maioria dos hospitais, a porta de entrada dos pacientes estrangeiros é pelo setor emergência. Pois quando buscam pelo acesso ao SUS, necessitam, geralmente de serviços e ações de saúde de caráter curativo. Com isso, o fato de serem atendidos pela urgência e emergência, faz com que os hospitais recebam pelo atendimento prestado, pois não podem omitir socorro.

No município de Jaguarão, de acordo com a funcionária do setor de internação, alguns estrangeiros utilizam-se de estratégias para ter acesso ao atendimento no hospital. Os funcionários percebem a nacionalidade estrangeira, mas são coniventes com a omissão da informação, para que o estrangeiro possa ser atendido pelo SUS. Se o usuário não tem poder aquisitivo para pagar o tratamento prestado pelo setor privado, isso gerará prejuízos para o hospital que, assim, atendê-lo pelo SUS.

Sempre foi pago com o teto do município [...]. Porque lá vai ser a rede básica do básico, mas nem o básico normalmente os municípios fazem, mas aí chega aqui ou em Campo Grande, e aqui vão ser os lugares que vão ter que quebrar a cara [...] lá na unidade básica acaba não pesando financeiramente, ele vai pesar mais financeiramente quando chegar na

média e alta complexidade”. (Autorizadora de APAC de Oncologia – SMS de Dourado - MSs).

Percebemos uma certa preocupação com relação ao pagamento dos procedimentos de média e alta complexidade, talvez por serem mais onerosos para os municípios arcarem com eles por conta própria.

Autorizamos o pagamento de os casos de urgência e emergência. Mas tem casos que não tem como não atender. Em determinados casos a gente atende, quando é fratura, tem que fazer o retorno do paciente, porque o outro médico lá não vai querer atender, ou vai ter dificuldade de receber esse atendimento em outro lugar, então faz tudo aqui, do começo ao fim, então é pago normalmente. Então isso é uma coisa, essa norma é muito mais assim que a gente evite que o hospital acabe deixando o paciente além do que seja necessário, para não onerar todo mundo [...]. (Auditor SMS de Foz do Iguaçu PR).

Questionamos se os municípios fronteiriços recebem alguma verba ou incentivo especial do MS, ou até mesmo dos outros países vizinhos, por atenderem esta demanda estrangeira.

Não existe, nenhuma verba, nada, mas nada, nada, neste sentido. (Secretaria Municipal de Saúde - Jaguarão – RS).

Não sei te dizer, informar (Recepcionista – Setor de Internação Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana - RS).

Percebemos que até o período da coleta de dados os municípios não recebiam qualquer verba do MS por esta sua especificidade de município de fronteira e por atender uma demanda “extra”. Analisando as Normas Operacionais Básicas do SUS nota-se, não existem menções relacionadas aos municípios localizados em faixa de fronteira, obedecem aos mesmos preceitos dos municípios não localizados na faixa de fronteira tanto com relação ao financiamento, quanto à organização, estruturação e controle do sistema.

Conforme os depoimentos, os sujeitos da pesquisa desconhecem a existência de acordos, normas legais, protocolos de atendimento entre o Brasil e os demais países membros do MERCOSUL, associados ao acesso de estrangeiros nos serviços de saúde nos municípios fronteiriços brasileiros.

Questionamos se existe ou se já houve alguma iniciativa local entre as cidades estrangeiras vizinhas na área da saúde. Segundo os relatos não há ações conjuntas na saúde nos municípios transfronteiriços. Já existiram iniciativas isoladas por parte dos

municípios brasileiros com relação à vigilância sanitária e epidemiológica, porém não receberam apoio das cidades estrangeiras vizinhas.

Não, não tem. Não, não tem (referindo-se a integração). Não, não existe eles não ajudam com nada, tudo o município de Mundo Novo faz. O país vizinho não faz nada. (Assessora de Saúde Mundo Novo -MS).

[...]. A fronteira ainda tem algumas pessoas da secretaria da saúde que fazem a vacinação, febre amarela, esse tipo de coisa, mas não é aquela coisa de campanha, não entra o Paraguai. (Hospital Bezerra de Menezes – Faturista - Mundo Novo – MS).

Tem uma integração, eu faço parte de um grupo [...]. Então tem representantes do Estado, representantes do município, e representantes lá do Paraguai isso e da Argentina. [...] eles discutem imunização, cobertura vacinal, doenças da região, raiva canina, raiva humana, dengue, malária, essas coisas e a problemática de saúde da região. (Auditor SMS Foz do Iguaçu – 31/03/2005)

[...] nós já tivemos encontros que já reuniu secretários de saúde de todos, do Brasil inteiro de área de fronteira, discutiu com o Ministério e tal, mas nada que se resultasse em prática. Que se efetivasse nada. Então agora o, tem uma proposta que está tramitando na Bipartite do Paraná de um incremento para o atendimento de estrangeiro na região de fronteira. Então tem alguma coisa. É insignificante? É insignificante, é até visível o que eles colocam, porém eu acho que é importante, porque é o início de, da prática, [...] E a Itaipu tem contribuído no sentido de atender algumas coisas, porque ela é binacional então ela também tem dado contribuição neste sentido (Auditor SMS Foz do Iguaçu – PR).

[...] Então é um trabalho que tem sido feito entre o Ministério da Saúde do Uruguai e o Ministério da Saúde do Brasil e a parte do Ministério das Relações Exteriores, representado aqui pelo Consulado do Brasil e o Consulado do Uruguai. Essas reuniões estão ainda muito primárias, uma discussão que teve uma reunião, uma sub-reunião apenas, mas não chegou a nenhuma conclusão ainda, então isso ainda, esse trabalho eu acho que tem que se intensificar muito porque temos que chegar a um denominador comum porque o que diz a legislação o que houve nessa relação entre Uruguai e Brasil foi que todas as cidades fronteiriças de 30 Km varia tanto de um lado como de outro, mas o que nos observamos só que só nos que estamos dando e o Uruguai não dá nada (Secretaria Municipal de Saúde - Jaguarão – RS)

No depoimento abaixo, observamos uma preocupação com relação à forma de atendimento ao estrangeiro, em especial com o brasiguai. Como não há amparo legal para este atendimento pode vir a ser a situação constrangedora.

Não, não existe alguma coisa que regularize, pelo menos eu não tenho conhecimento disso. O que acontece, é que de uma forma ou de outra acaba caindo no nosso sistema e recebe o atendimento. Eu acho que para eles também um constrangimento, porque, às vezes, é uma questão das vezes

... você ter que suplicar, não é de se humilhar, mas você saber que você pode ser barrado no atendimento, no atendimento diferenciado, então para eles também, principalmente quem é brasiguaió, [...] constrangimento por ser brasileiro brasiguaió, quando é o caso só paraguaio, quer dizer que o sotaque é claro e óbvio não adianta você falar que mora ali, se você faz algumas perguntas a mais eles já não sabem responder, você percebe que ele não é. (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo - MS).

[...] Uma coisa que eu acho importante e que é obrigatório e é necessário fazer é esse diagnóstico real, quem é a população que você atende, qual é a faixa real, quantos quilômetros ela está de você, quais os principais problemas que eles apresentam quando cai na sua rede, eu acho que é isso, se eu brigar por recurso ou qualquer coisa não adianta falar que eu atendo tenho que mostrar que eu atendo, então é isso que nós precisamos hoje fazer, e o SIS Fronteira tem como essa primeira etapa o diagnóstico que é fundamental para qualquer ação dentro do Plano de SIS Fronteira. (Secretária Municipal de Saúde - Mundo Novo - MS).

Observamos a preocupação dos municípios em elaborar um diagnóstico para conhecer as suas especificidades na área da saúde da fronteira, com vistas um planejamento. Neste depoimento, temos a citação do SIS – Fronteiras, mencionado apenas por mais três municípios, o que demonstra o desconhecimento dos demais sobre as políticas de saúde que estão sendo planejadas para a região de fronteiras.

Um outro fator negativo tem sido a falta de continuidade de trabalhos em decorrência das trocas dos mandatos dos gestores municipais em saúde.

Cada vez que muda o Secretário a gente se reúne dez vezes e nós com eles não conseguimos nada, eles só são bons de conversa e não resolve nada. [...] Então eles ficam só nisso, eles prometem, prometem, prometem e não fazem nada. (Diretor Clínico e Médico Socorrista H Regional Ponta Porã - MS).

4.7 ACORDOS NO ÂMBITO DAS FRONTEIRAS

Ao pesquisarmos sobre os acordos no âmbito do MERCOSUL, no capítulo anterior, não encontramos acordos sobre políticas de integração a respeito do acesso de estrangeiros aos serviços de saúde no âmbito das fronteiras. Há acordos restritos em algumas áreas, como a sanitária, a epidemiológica, a de medicamentos, entre outras consideradas relevantes, pois trata-se de saúde em região de fronteiras, onde o fluxo de pessoas é maior. A segurança e bem-estar de todos dependem da implantação destas medidas.

No período da coleta de dados, ouvimos muitas reclamações sobre as ações conjuntas de vigilância epidemiológica e sanitária. Havia muitas queixas com relação à sobrecarga de trabalhos, investimentos financeiros nas atividades de saúde e execução apenas por parte dos municípios brasileiros. Em outra oportunidade, entrevistamos um fiscal da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), na Aduana entre o Brasil e Argentina, no município de São Borja – RS. Ele nos relatou o descaso dos demais países com relações às ações integradas de vigilância sanitária e epidemiológica e, conseqüentemente, a ocorrência de epidemias pela falta de controle em ambos os países. Quando são realizadas algumas campanhas, tanto os recursos como a execução das atividades partem do Brasil, e as providências são tomadas apenas quando há algum tipo de surto.

Neste estudo, também apresentamos o SIS – Fronteiras e sua proposta de implantação. No período da coleta dos dados, este sistema estava ainda sendo discutido e poucos municípios tinham conhecimento ou mesmo participavam das discussões sobre o seu planejamento.

O SIS – Fronteiras é um caminho a ser percorrido, porém ainda não estão muito claras as atribuições e funções de cada Estado Parte do MERCOSUL. Vimos que este sistema restringe-se aos municípios brasileiros de fronteira, e todo o financiamento está a cargo do Brasil. Sabemos que sua implantação ainda é muito incipiente, porém acreditamos ser necessário pensarmos em como será processado o controle deste sistema. Será que com ele não haverá uma maior procura de estrangeiros em busca dos serviços de saúde nestes municípios? E com isso, os recursos serão suficientes? Há que se pensar também na infraestrutura física e de técnicos para atender esta demanda extra, pois isso poderá sobrecarregar os sistemas locais de saúde. Dain (2004) sugere a criação de um Fundo Catastrófico, ou seja, um fundo criado entre os países integrantes do MERCOSUL, para o gerenciamento deste sistema, além da criação de um cadastro de usuários específico para este sistema.

O diagnóstico local que os municípios devem realizar será de grande valia, tanto para o repasse de recursos, quanto para o planejamento das ações, pois as regiões de fronteira são muito diversificadas. Os municípios que nunca atenderam para esta demanda terão dificuldades para o levantamento dos dados, em virtude da falta de registros sobre elas.

Temos também os avanços da garantia do direito à saúde nas legislações internacionais, porém a sua efetivação está limitada, apesar de países, como o, por exemplo, Brasil, levar estas prerrogativas do direito à saúde, nas suas legislações nacionais sobre o tema.

Também são os direitos que “estruturam uma linguagem pública que baliza os critérios pelos quais os dramas da existência são problematizados e julgados nas suas exigências de equidade e justiça. Por isso os direitos são tomados como práticas, discursos e valores que afetam o modo como desigualdades e diferenças são figuradas no cenário público, como interesses se expressam e os conflitos se realizam” (TELLES, 1994, p.91-92).

4.8 O DIREITO À SAÚDE ESTRANGEIROS NAS FRONTEIRAS

O direito à saúde pode ser delimitado diferentemente em cada país de acordo com as exigências advindas das políticas econômicas, que vão conformando o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e os mecanismos associados a sua garantia. Assim, os mecanismos de acesso para a garantia deste direito pode ser diferenciados, tanto entre países como no próprio espaço nacional. Segundo Nogueira (2002, p.92), “as tendências de ajustes estruturais nas economias nacionais ampliam essa complexidade e diversidade, tornando a análise dos direitos sociais um exercício contínuo de articulação global – local”.

O direito à saúde, longe de ser entendido como uma decorrência de abstratos ideais humanitários, de solidariedade universal, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada a sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual (NOGUEIRA, 2002, p. 92).

Segundo Nogueira (2003), no plano sócio-jurídico, pode-se avaliar o direito à saúde em dois aspectos. No primeiro, constam as exigências dos indivíduos face ao coletivo, que obriga a submissão às normas jurídicas, como a vacinação, o tratamento, o isolamento em casos de algumas doenças infecto-contagiosas, a destruição de produtos impróprios para o consumo, o controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho. No segundo, é levado em consideração a garantia da oferta de cuidados da saúde a todos que deles necessitam, o que corresponde ao ideal de igualdade, o que por sua vez se submete ao pleno desenvolvimento do Estado democrático de direito.

Segundo Chon (2002), no Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos.

O acesso do usuário aos serviços deve ser tido como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.

Para a autora, as diferentes formulações das políticas de saúde, levando em consideração a existência de uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais diversificada vêm apresentando, reiteradamente, o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento às populações carentes.

A acessibilidade vista tecnicamente, leva em conta a disponibilidade dos serviços não só segundo a proximidade, mas também de acordo com o grau de morbidade da demanda, ou seja, o atendimento planejado supõe uma demanda hierarquizada por diferentes tipos de serviços, desde os mais simples até os mais tecnologicamente complexos. Assim o acesso deveria ser a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustenta a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde, condição para a regionalização e descentralização que a constituição impõe. Essa concepção se pauta na acessibilidade do usuário ao serviço como mecanismo básico para que, de fato, as propostas se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis (CONH, 2002).

Um dos princípios da equidade, o tratamento desigual aos desiguais, numa relação positiva assume aqui o seu oposto: neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente, para ter acesso à assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para à sua maneira conquistar o direito à saúde (CONH, 2002, p. 94).

Um dos fatores que levam os estrangeiros a buscar o atendimento à saúde no Brasil é a sua não garantia no seu Estado. Ao acessarem os serviços de saúde no em nosso país, também encontram dificuldades. Sua condição de estrangeiro não lhes dá amparo legal para a reivindicação deste direito e assim a seu modo, buscam garanti-lo.

Durante a nossa pesquisa, tínhamos como objetivo identificar a concepção de direito à saúde do estrangeiro, a partir da visão dos sujeitos, dos sujeitos entrevistados. Elaboramos a seguinte questão: Como você percebe a concepção de direito à saúde situação de acesso ao SUS por estrangeiros de regiões fronteiriças?

Conforme os dados obtidos analisamos a categoria direito a saúde a partir de três eixos: o direito à vida, direito à saúde de forma parcial a alguns procedimentos em saúde, o direito à saúde universal somente aos usuários brasileiros.

No primeiro eixo, o direito à saúde é visto como o direito à vida, independente do tipo de nacionalidade. O atendimento a saúde deve ser regido pelo princípio da universalidade entendida como a garantia da atenção à saúde pelo sistema a todo e qualquer cidadão (BRASIL, 1990). Percebemos, contudo, que a garantia universal à saúde vem sendo desafiada pelos ajustes neoliberais e ainda pelos organismos internacionais que os incrementam.

Segundo algumas falas o estrangeiro deve ter o direito à saúde garantido, pois:

[...] sim, porque o SUS a gente tem que dar atendimento a qualquer pessoa. Então eu acho que ele tem tanto direito como se a gente fosse para lá, que geralmente quando a gente vai para lá a gente também é atendido lá pelo SUS também (Recepcionistas Hospital Santa Casa de Caridade – Uruguaiana - RS).

[...] ele tem que ser universal, e sendo universal nós temos que procurar sim, contrapartida financeira sim, compreende tanto do Uruguai como da Argentina [...] (SMS Uruguaiana - RS)

Neste segundo depoimento observamos que apesar do SUS, ser um sistema de proteção social brasileiro, o entrevistado entende que ele não deve restringir a garantia do acesso somente aos cidadãos brasileiros e sim estender o atendimento aos estrangeiros. Na possibilidade de brasileiros necessitarem do atendimento no sistema de saúde público do país vizinho também teriam garantido seu direito à saúde. Nesta fala, o direito à saúde aparece ligado à questão humanitária e à solidariedade. A saúde é aqui entendida como direito universal.

[...] eles necessitam mesmo, que lá no Paraguai é tudo particular, desde um exame, até para fazer uma laqueadura, é gestante, tudo lá eles cobram. Às vezes, vem gente de lá com cartinha, cobrando tudo, um fio eles cobram, uma agulha eles cobram, então vem aqui no Brasil pedir para a gente ajudar eles, que lá no Paraguai eles querem cobrar tudo aquilo [...]. Então por isso que eles vêm muito para cá, sabe que aqui é tudo (referindo-se a gratuidade), a gente sempre acaba sempre dando um jeitinho e atende eles. (Assessora de Saúde Mundo Novo).

Neste fala, percebemos a universalidade do direito ao estrangeiro condicionada ao fato dele não ter a saúde como direito público, gratuito, garantido em seu país.

Eu não teria nada contra desde que o governo brasileiro estivesse dando assistência para tais brasileiros que não está [...]. Eu acho que a partir do momento que o brasileiro é atendido do jeito que precisa eu não sou nada contra, sabe, agora do jeito que está nós não temos condições na minha opinião pelo o que, eu estou a treze anos dentro da saúde, já vi e ouvi de tudo aqui, eu acho que é isso. (Autorizadora de APAC de Oncologia - SMS de Dourados – MS).

Segundo esta fala, o estrangeiro também poderia ter o direito à saúde garantido na sua universalidade, desde que os próprios brasileiros tivessem o direito garantido na sua prática.

Como segundo eixo, o direito a saúde estaria condicionado apenas a alguns tipos de procedimentos em saúde, ou seja, seria um direito parcial.

[...] quando o atendimento se enquadra dentro do controle de doenças infecto contagiosas e transmissíveis referentes à epidemiologia [...] não tem que ser questionado, tem que ser tratado é de transmissão [...] é prevenção. Agora no tratamento de consultas, cirurgias eletivas [...] seria outro problema, então tinha que ser revisto por espécie, por espécie de procedimento [...](Diretora Municipal de Saúde – Guaíra – PR).

A universalidade é direito a todos A equidade é você dar a quem tem menos pra se aproximar. Mas como você, como eu diria, selecionar esse público? Como você vai? Se for para dizer que alguém tem direito, é para você atender essa população, os moradores do meu município que pagam seus impostos, que pagam, é para esses que nós gerenciamos a saúde. Mas tem aqueles que não tiveram a oportunidade de ficar no município e que eles não tiveram que se mudar por questões financeiras e econômicas e aí? Hoje em dia o que a maioria dos municípios que fazem é eu faço de conta que isso não existe, eu vou deixar acontecer, e quando acontecer eu vou resolver os casos, que vai acontecendo. Porque se você for querer ampliar isso financeiramente você não dá conta, porque assim, hoje o meu município é um município que investe vinte oito por cento (28%) da sua receita em saúde, a Emenda Constitucional e diz que é quinze por cento (15%), hoje o meu município aplico mais, eu estou gastando o mesmo percentual que a educação. E têm dificuldades? Claro que tem. (Secretária Municipal Saúde de Mundo Novo - MS)

A minha visão seria universal, universal, não importa a discriminação de paciente, mas a realidade atual é depois que municipalizou a saúde, cada macaco no seu galho, então cada município cuida do seu paciente, no papel está assim muito bonito, mas na vida real não acontece isso. Então, mas deveria ser universal para todos, é a minha opinião. Mas infelizmente não é assim que acontece. (Assistente Social Hospital Evangélico, Dourados - MS).

[...] eu como médico ou mesmo como ser humano eu acho que a medicina devia ser completamente universal Agora eu sou diretor do hospital e tenho que ajudar a zelar pelas contas, então minha opinião particular isso não é de diretor. Quem sustenta o hospital não são os trabalhadores brasileiros,

os patrões que pagam imposto? Eu acho injusto eles subsidiarem um atendimento de um povo de outro país. Nós já não temos um bom atendimento, quantas coisas passa por nós aqui, quanto recurso falta aqui, eu acho injusto isso aí. (Hospital Regional de Ponta Porã – Diretor Clínico, p.3).

Nós temos, tem o aspecto humano, que nós achamos que todos têm direito e a gente procura fazer isso, atender se preciso. Por outro lado tem o aspecto econômico financeiro que é a questão do município estar em gestão plena, e daí nós recebemos o teto insuficiente do MS, então o resto tem que complementar então enquanto a maioria dos municípios estão aplicando em torno de quinze por cento (15%), que é o que preconiza a Emenda Constitucional 29, nós estamos aplicando vinte e oito trinta por cento (28%, 30%), nós estamos aplicando então acima, o dobro praticamente daquilo que é preconizado e isso poderia ser revertido em ações para saúde dos brasileiros, porque que é a velha história então tem a questão, você tira dos filhos, para dar para os estrangeiros e aqui é um questionamento que se faz e eu acho pertinente. Você recebe para atender os brasileiros e aqui você acaba dando uma qualidade ruim pros daqui e você também, claro que não é só isso, esse é um argumento que eu acho que deve ser levado em conta, mas. (SMS Foz do Iguaçu – Auditor, p.5).

Nestas falas percebemos a preocupação contraditória do profissional de saúde e do ser humano, quando considera que o estrangeiro tem o direito a usufruir o sistema de saúde brasileiro. No entanto, como profissional que trabalha na gestão do sistema, o entrevistado não concorda que os estrangeiros tenham direito ao atendimento em saúde, visto que não financiam o SUS, financiado somente pelo povo brasileiro. Há assim uma preocupação como o controle dos gastos em saúde, em virtude de trabalhar na gerência de uma unidade de saúde e ter que responder pelo seu funcionamento, o qual dependerá da boa administração dos recursos financeiro previstos no seu orçamento.

Outro elemento importante presente nas falas é garantir o direito à saúde aos estrangeiros para ações em saúde de caráter epidemiológico, buscando a prevenção, impedindo o risco, a endemia em virtude da mobilidade e interação transfronteiriça. Nesta justificativa, esteve presente também a questão da prevenção, para posteriormente, o próprio município brasileiro ter que garantir o atendimento aos estrangeiros, caso haja um surto epidemiológico, os estrangeiros procuraram atendimento no Brasil, e assim pagar-se-á duplamente pelo tratamento.

Então eu acho que isso é uma coisa muito triste para a gente viver e ao mesmo tempo você querer ampliar, se todas essas coisas mais gritantes fossem sanadas não teria problema nenhum, mas enquanto o brasileiro, está com essa deficiência que está aumentar o nosso público não vai ser a solução vai piorar para todo mundo. (Autorizadora de APAC, SMS - Dourados - MS).

[...] o brasileiro tem direito à saúde, como um direito dele, universal. E se a gente dispõem de uma estrutura que talvez eles não tenham ali, então nesse sentido de atender o ser humano, de dar, de prestar assistência eu acho que é importante que tivesse para uma troca maior, mas enquanto não têm, eu não vejo que eles têm o direito de usufruir do que a gente tem aqui. (Coord. Setor de Internação Hospital Ivan Goulart - São Borja - RS).

Nesta última fala, aparece primeiramente a questão do direito apenas para o brasileiro. O atendimento aos estrangeiros deveria ser prestado, porém com condicionalidades, havendo troca de ações e serviços entre os países. Caso não haja esta integração ou este intercâmbio entre os sistemas de saúde dos países estrangeiros com o Brasil, o direito à saúde deveria ser uma prerrogativa apenas do usuário brasileiro.

Por último, no terceiro eixo, o direito à saúde é compreendido de forma exclusiva para os brasileiros, pois, segundo os entrevistados diante de todas as dificuldades e problemas do SUS, a demanda estrangeira poderia ainda mais agravá-los. Seria primeiramente necessário, garantir o direito à saúde ao brasileiro.

Eu não teria nada contra desde que o governo brasileiro estivesse dando assistência para brasileiros, que não está [...] Se de repente o governo brasileiro, quiser liberar o atendimento para o Paraguai, do jeito que está nós não temos condições de aumentar o fluxo de atendimento, já não está bom se aumentar vai piorar ainda. Então nesse sentido que eu acho assim que não é justo com o brasileiro. Se isso acontecer, que vai piorar a situação dele e outra eu vejo muito paciente que vem aqui na Secretaria direto para tomar medicamento tipo: dimorf ou codeína, essas coisas que precisam ser compradas, que não tem na rede e que acabam muitas vezes não sendo compradas, remédio porque não tem dinheiro, [...] (Autorizadora de APAC, SMS - Dourados - MS).

Primeiro perceber o direito deles, no país de origem deles tem um direito que conseqüentemente vai faltar para o brasileiro, a partir do momento que você falar assim... Se você tem digamos cinco vagas disponíveis três dessas vagas são ocupadas por estrangeiros, isso quer dizer que você vai deixar três brasileiros fora delas, você vai ter que encaminhar três brasileiros ou para a rua ou para outra região ou ele vai falecer. Então a indignação deles é que eles não têm direitos à saúde no país deles de origem e tem que usufruir o direito de um brasileiro que já é precário. Então tratar a saúde como um direito universal e mesmo assim como universal está prejudicando, você percebe que o estrangeiro usufrui desse mesmo [...] Então muitas vezes causa indignação até mesmo e aí que eu digo até diante mesmo dos brasileiros, usuários já tivemos situação dessa, de dizer assim: “ah, mas eu sou brasileiro pago meus impostos aqui no Brasil,... e gasto lá no país deles e do meu próprio bolso”. (Assistente Social e Funcionária do Setor de Internação Hospital Santa Casa – Foz do Iguaçu, PR).

O argentino para ele usar o nosso sistema só se tiver uma política específica para isso. Porque eu não vejo que ele tenha esse direito, ele não paga os impostos que a gente paga para manter, para isso eles tem a

política deles lá, mas se tivesse uma política específica, uma lei, alguma coisa nesse sentido, uma troca, com os países aqui do MERCOSUL, eu ao vejo problema nenhum, porque nós vivemos tão perto. (Coord. Setor de Internação Hospital Ivan Goulart - São Borja - RS).

Nesta fala, o direito à saúde cabe apenas ao cidadão brasileiro, pois é ele que financia o sistema público de saúde, portanto a direito é dele. O estrangeiro só teria direito se fosse implementada uma política específica para o atendimento aos estrangeiros, ou políticas integradas entre os países, os quais assumissem responsabilidades sobre a plena garantia dos serviços de saúde.

Apenas um entrevistado não quis responder a esta questão, por achar a mesma comprometedora.

Não tem como não te falar nada [...] esta questão é muito comprometedora essa resposta [...] Eu prefiro não responder. (Assistente Social, Hospital Costa Cavalcante – Foz do Iguaçu, PR).

Observamos que no eixo do direito à saúde aos estrangeiros fronteiriços, não apareceu em nenhuma das falas preocupação, como a efetivação de uma política de saúde específica para a saúde na região de fronteiras. Com o objetivo de garantir o acesso do estrangeiro ao atendimento no Brasil, buscando soluções para as problemáticas vivenciadas por estes municípios no atendimento aos mesmos, através de políticas integradas com os outros países.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o acesso aos serviços de saúde nos municípios fronteiriços pelos estrangeiros oriundos dos países signatários do MERCOSUL, remete-nos a uma temática complexa, tanto referente aos aspectos institucionais, quanto aos aspectos políticos, condicionados as especificidades da área da fronteira.

Em nosso país, a faixa de fronteira é extensa e muito heterogênea tanto em termos de desenvolvimento, quanto de características culturais. Os municípios fronteiriços apresentam particularidades de acordo com sua capacidade organizativa e com os modelos de interações internacionais estabelecidos, os quais criam um espaço geográfico próprio de fronteira, perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças.

A partir destas diversidades, conceber políticas públicas em saúde dirigidas às fronteiras internacionais torna-se problemático por envolver interesses, elementos espaciais e legislações de países distintos.

Identificamos que muitos dos municípios localizados na faixa de fronteira, em específico os limítrofes são marcados pela pobreza, escassez de serviços em saúde e pelas expressivas distâncias geográficas com relação a outros municípios brasileiros, onde poderia haver a união com os municípios e equivalentes vizinhos, sendo eles ou não do mesmo país.

Observamos que não há instrumentos legais para parceria no âmbito da saúde, assim ações informais, como a busca espontânea de estrangeiros pelos serviços de saúde, acabam sendo a solução disponível na atenção local do município. Gerando distorções diversas no sistema de saúde brasileiro, entre eles, o financiamento, a sobrecarga sobre os recursos humanos, e tecnológicos dos municípios, agravados ainda pela péssima qualidade do sistema de informação e a dificuldade de monitorar a qualidade e eficiência das ações, pois não há registros destas demandas. Portanto a integração de ações na área da saúde deverá ser construída para resolver os problemas no nível jurídico e operacional.

O MERCOSUL surgiu na mesma esteira dos demais blocos econômicos. No contexto da internacionalização das economias e constitui-se como uma tentativa de sobrevivência e ampliação do mercado. Na tentativa de atingir seu objetivo maior de liberalização total do comércio, o bloco vem adotando políticas macroeconômicas e setoriais. Neste mesmo sentido, busca harmonizar as legislações para facilitar a integração.

A saúde no âmbito do MERCOSUL ganha maior atenção, como a criação do Subgrupo de Trabalho 11 – Saúde no MERCOSUL. A partir de então a temática da saúde

e as questões de fronteira ganham maior espaço nas discussões e nas reuniões dos representantes dos Estados Partes. Destacam-se inúmeros Acordos estabelecidos na área da saúde, porém ainda centralizados nas questões de vigilância sanitária e epidemiológica, ligadas ao mercado econômico.

Em nossa discussão sobre direito a saúde em área de fronteira internacional, identificamos que, o Brasil ratificou acordos, tratados e legislações internacionais, contemplando em seus textos formais a garantia do direito à saúde de forma ampliada a todos os cidadãos, contudo faz-se necessário avançar para a sua concretização, não o limitando a nacionalidade e a um território, principalmente quando tratamos de integração de mercados vizinhos, no qual as relações ou interações são intensas.

Segundo Telles (1994), os direitos não dizem respeito apenas às garantias inscritas na lei e instituições, no entanto, não se trata de negar a importância das legislações e organização institucional garantidora de democracia e cidadania, mas sim de considerar os direitos no modo de como as relações sociais se estruturam. Na medida em que são estabelecidos certos direitos, estes regem, estabelecem e operam como princípios reguladores das práticas sociais, através de atribuições, responsabilidades, garantias e prerrogativas, portanto são eles que constroem os vínculos entre os indivíduos, grupos e classes. São os direitos que “estruturam uma linguagem pública que baliza os critérios pelos quais os dramas da existência são problematizados e julgados nas suas exigências de equidade e justiça” (TELLES, 1994, p.92).

O acesso aos serviços de saúde para os estrangeiros passa a ser o principal fator para a utilização dos serviços de saúde no Brasil, pois com este pode-se garantir na prática o direito à saúde.

A discussão do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira do MERCOSUL indica que a problemática não é de simples abordagem, seja no aspecto institucional, ou no político. Por outro lado, as garantias dos direitos sociais são fatores importantes em processos de integração. Avançar na reflexão das repercussões da integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde a partir das fronteiras pode contribuir para antecipar questões de plena vigência do MERCOSUL.

Há diferenças importantes no funcionamento dos sistemas de saúde dos quatro países pesquisados, que precisam ser enfrentadas para a viabilização de um avanço no processo de integração. Mesmo considerando a autonomia e as diferenças estruturais nos países partes, que permitem variações sobre a própria modelagem do sistema de saúde, o acesso e a qualidade da atenção básica é fundamental. Dessa forma, a agenda do processo de

integração implicará, necessariamente, no desenho de estratégias para cada um dos países universalizar o acesso e padronizar minimamente a qualidade da atenção à saúde da população.

Os municípios limítrofes de fronteiras, acabam responsabilizando-se por esta grande problemática, pois são eles responsáveis pela prestação dos serviços na área da saúde, onde estrangeiro busca pelo atendimento e muitas vezes não sabe como proceder ao atendimento, por vezes, prestando na informalidade. Frente às deficiências de infra-estrutura, da falta de profissionais para atender essa demanda superior à estabelecida pelo número de habitantes, a maioria das dificuldades apresentadas foram sobre o insuficiente orçamento da saúde, pois a demanda estrangeira não é contabilizada no Programa de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e pela falta de protocolos e legislações sobre o atendimento aos estrangeiros, pois não sabem muitas vezes como atender esta demanda, porém atendem conforme suas possibilidades, dentro dos limites de recursos e serviços em saúde oferecidos pelo município, e pela saúde estar muito próxima a questão da vida.

Uma das poucas ações desenvolvidas pelo governo brasileiro - Ministério da Saúde – diz respeito a criação do SIS – Fronteiras, o qual vem sendo implementado no corrente ano. Acreditamos que esta proposta pode levar a uma melhor organização da rede de atendimento à saúde na fronteira, porém até o presente as primeiras ações foi a elaboração do diagnóstico de cada município sobre a sua rede de atendimento na qual está inserida a demanda estrangeira, visto que, não há um estudo mais detalhado desta realidade. E somente a partir deste diagnóstico poderá ser desenvolvido ações nesta área levando-se em consideração a realidade de cada município. Também é necessário pensar em estratégias para o estabelecimento de um fluxo de atendimento a demanda estrangeira, através da regionalização e hierarquização do SUS.

Verificamos, no decorrer da pesquisa realizada, algumas limitações. Uma delas está ligada à complexidade do tema, ao tratar sobre o atendimento aos estrangeiros na fronteira do MERCOSUL, pela falta de referências bibliográficas e a falta de assuntos sobre o tema. Buscamos com este estudo, dar uma pequena contribuição para a discussão deste tema complexo e ainda muito recente, apesar dos municípios fronteiriços vivenciarem esta problemática há muito tempo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, n.5, v.1, p. 3-53, 1996.

AQUINO, Leonardo Gomes de. *Os Tratados Internacionais*. 2004. Disponível em: <<http://www.verbojuridico.net/doutrina/outros/tratadosinternacionais.html>>. Acesso em: nov. 2006.

ASTORGA J, Ignácio; C. PINTO, Ana Maria; M. Figueroa Marco. *Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai 2001-2002*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

BARCELLOS, Christovam; et al. A geografia da AIDS nas fronteiras do Brasil. Trabalho realizado para o “Diagnóstico Estratégico da Situação da AIDS e das DST nas Fronteiras do Brasil”. Convênio Ministério da Saúde CN DST/AIDS; Population Council e USAID. Campinas, agosto de 2001. Disponível em: <<http://www.igeo.ufjf.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm>>. Acesso em: 01 jun. de 2005.

BOUSQUAT, Aylene. Conceito de espaço na análise e política de saúde. In: SANTOS, Boaventura Souza. *Globalização e as Ciências Sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 71-92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 20-E, de 29 de jan. 2001. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2003.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1998 com as alterações adotada pela EC de n. 1, de 1992, a n. 31 de 2000 e pelas EC de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 16. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, coordenação de Publicações, 2001.

_____. Lei nº 6.815, 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. Brasília, DF, 1980.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *A Reforma do Aparelho do Estado e as mudanças Constitucionais: síntese e respostas a dúvidas mais comuns*. M.D.F e Reforma. Brasil: MARE, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado; 6). Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 04 mar. 2003

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001*. 2. ed. revista e modificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. *SUS Descentralização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, dez. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Secretaria Geral de Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de desenvolvimento de Serviços de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma Administrativa do Serviço de Saúde*. Brasília: MARE, 1998, 33p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, n. 13). Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 04 mar.2003

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1993, de 30 de abril de 1993. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1996, de 6 de novembro de 1996. “Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. *SUS Descentralização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, dez. 2000a.

_____. Senado Federal. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Senado Federal. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.120/05, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.mercosulsaude.org>>. Acesso em: abr. 2006.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1998 com as alterações adotadas pela EC de n. 1, de 1992, a n. 31 de 200 e pelas EC de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 16. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, coordenação de Publicações, 2001

_____. Lei nº 6.634. 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília, DF, 1980.

Disponível em

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6634.htm>https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6634.htm>. Acesso em: 10 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.122/05 de 06 DE JULHO DE 2005.

Estabelece as etapas e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a Implantação do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras e regulamenta a adesão dos estados e dos municípios. Disponível em: <<http://www.mercosulsaude.org>>. Acesso em: abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.188, de 5 de junho de 2006. Dá nova redação à Portaria 1.120/05, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.mercosulsaude.org>>. Acesso em: abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.189, de 5 de junho de 2006. Aprova o novo Termo de Adesão ao Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 08 de jun. de 2006. Disponível em: <<http://www.mercosulsaude.org>>. Acesso em: out. 2006.

_____. Decreto Legislativo nº 907/2003. Acordo entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República Oriental do Uruguai para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriço brasileiros e uruguaios. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/comissão>>. Acesso em: maio 2005.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Atos Internacionais (DAÍ). Documentos de cada Estado Parte que habilitam o trânsito de pessoas no MERCOSUL. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 10 de nov. de 1996. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/comissão>> Acesso em: maio 2005.

_____. Decreto no 85.064, 26 de agosto de 1980. Regulamenta a Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979, que dispõe sobre a Faixa de Fronteira. Brasília, DF, 1980b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D85064.htm>. Acesso em: 10 jun. 2005.

_____. DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ESTRANGEIROS Portaria nº 01, de 27 de março de 2003. de acordo com a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, alterada pela Lei nº 6.964, de 9 de dezembro de 1981

CASTAMANN, Daniela. Diário de Campo. *Relatório Pesquisa de Campo (Primeira e Segunda Fase)* Pesquisa Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde. Londrina, 2005.(mimeo).

CASTRO, Janice Dornelles de; FERLA, Antônio Alcindo e PELEGRINI, Maria Letícia de. Racionalização dos recursos e organização de estratégias de integração nos fluxos interfronteiras entre os sistemas de saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai: uma análise preliminar a partir da economia de saúde. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 97-113.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos Saúde Pública*, n. 13, ano 3, p. 469 – 478, jul/set, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 agosto 2003.

COHN, Amélia, et al. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta da equidade. In: COHN, Amélia, et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. p.13 -28. (Coleção Pensamento Social e Saúde, v. 7).

COHN, Amélia, NUNES Edison, JACOBI, Pedro. R. KARSCH, S. Ursula. *A Saúde como direito e como serviço*. 3. ed. São Paulo. Cortez 2002.

COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

COSTA, Laís; GALLO, Edmundo; MORAES, Adnei. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 41-53.

DAIN, Sulamis. *Subsídios para a Formulação de um sistema de integração dos modelos de prestação de serviços de saúde no Mercosul e nas regiões de fronteira: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde*. 2004. Mimeo.

DAIN, Sulamis. Subsídios para a formulação de um Sistema de Integração dos Modelos de Prestação de Serviços de Saúde no MERCOSUL e nas Regiões de Fronteira: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 67-96.

DAL PRÁ, Keli Regina. **Diário de campo da coleta de dados (Primeira e Segunda Fase): Pesquisa Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde**. Porto Alegre, 2005. (mimeo).

DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA. 1993. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>> Acesso em: nov. 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda et al. *Minidicionário de Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FRIER, Florisvaldo. Saúde no MERCOSUL: o desafio do novo. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 33-36

GERSCAMAN, Silvia. O processo de reformulação do setor saúde. In: GERSCAMAN, Silvia. *A democracia inconclusa*. Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995. p.41-51.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.77-198.

GONZÁLES, Carolina. *La Frontera en Debate: uma discusión abierta en torno a la integración regional y el futuro del Estado nación: comunicação apresentada ao I Seminário Fronteira Mercosul – as interfaces entre o social e o direito à saúde*. Florianópolis. 2004. Notas prévias. Mimeografado.

GUIMARAES, Luisa. *Integração Regional e Políticas de Saúde: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades brasileiras de fronteira com países do Mercosul*. Projeto de Pesquisa apresentado para Qualificação de Doutorado. RJ: MS/FIOCRUZ/ENSP 2005.

HOLANDA; Enir Guerra Macedo de. A saúde no MERCOSUL: integração em benefícios de saúde. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 37-41

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*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.102-311, agosto, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 agosto 2005.

IANNI, Octávio. *Teorias da Globalização*. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

INSTITUTO DE MIGRAÇÃO E DITEITOS HUMANOS. *Glossário*. Disponível em: <<http://www.migrante.org.br/glossario.htm>> Acesso em: jun. 2005.

LOCHS, Maria Teresa Rogério. *Central de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MACHADO, Lia O. Limites, Fronteiras e Redes. In: STROHAECKER T.M. et al. (Org.). *Fronteiras e Espaço Global*, AGB: Porto Alegre, 1998. p. 41-49.

MACHADO, Lia O. Sistemas, Fronteiras e Território. UFRJ/CNPq, 2002. 9p. Disponível em: <<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02avulsos.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2005.

MACHADO, Lia. *Limites e Fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade*. UFRJ/CNPq. [200?]. Disponível em <<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2005.

MACHADO, Lia. Osório. *Limites, fronteiras e redes*. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://acd.ufrj.br/>>.

MARTIN, A. R. *Fronteiras e nações*. São Paulo, Contexto, 1992. (Coleção Repensando a Geografia)

MÉLO, José Luiz Bica de. Fronteiras: da linha imaginária ao campo de conflitos. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, v. 6, n. 11, p. 126-146, jan./jun. 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MERCOSUL. Declaração Sociolaboral do Mercosul (10 de dezembro de 1998. In: _____ *Legislação e Textos Básicos*. 3 ed. Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul. Seção Brasileira e Ministério das Relações Exteriores. Senado Federal: Brasília, 2000.

MERHY, Emerson E; BUENO, Wanderley S. *Organizações Sociais: autonomia de quem par quem?* Conferência Nacional de Saúde *On-Line*, junho de 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

NOGUEIRA, Vera. Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete (Coord.). *Direito à saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul*. Projeto de Pesquisa. Florianópolis: UFSC – DSS, 2001, mimeo.

NOGUEIRA. Centro Sócio-Econômico. Departamento de Serviço Social. *Fronteira Mercosu: um estudo sobre o direito à saúde*. Projeto de Pesquisa. CNPq/FUNCITEC. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2003, (mimeo).

NOGUEIRA. *O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda*. 2002. 343 f. Tese (Doutorado no Programa de Pós - Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS - SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinalado; TAVARES, Ricardo. *Saúde e Sociedade no Brasil*. Anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 73 – 111

OLIVEIRA, Evangelina, X. G. de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. *Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde*. Caderno Saúde Pública. RJ: FIOCRUZ, 20 sup2:5, p. 298-307, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e de seus Familiares, aprovada pela ONU em 18 de dezembro de 1990. Define a categoria “Migrantes indocumentados ou em situação irregular”. Disponível em: <<http://www.migrante.org.br/glossario.htm>> Acesso em: jun. 2005.

REIS, Antônio et al. Uma agenda para viabilizar o SIS-MERCOSUL. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 171-182

REIS, Gilberto Antônio. *A experiência dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil e a aplicabilidade desse instrumento à reorganização da assistência à saúde nas fronteiras entre os países do MERCOSUL*. Documento Preliminar – 2ª versão. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, março de 2004.

_____. Possibilidades e limites para a implantação do SIS-MERCOSUL sob três enfoques – uma introdução. In: COSTA, Laís; GALLO, Edmundo (Org.). *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 63-65.

RIBEIRO, Antônio Sousa. A retórica dos limites. Notas sobre o conceito de fronteira. In: SANTOS, Boaventura Souza. *Globalização e as Ciências Sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 475-551.

RIBEIRO, Letícia P. *Zonas de Fronteiras Internacionais na atualidade: uma discussão*. UFRJ, 2002. 29p. Disponível em: <<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02avulsos.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2005.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Pano Diretor de Regionalização*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, mar. 2002.

SANTOS, Boaventura Souza. Por uma concepção multicultural dos direitos humanos. *Lua Nova*, São Paulo, n. 39, p. 105-123, 1997.

_____. Subjectividade, Cidadania e Emancipação. In: *Pela mão de Alice: o social e o Político na pós-modernidade*. 2. ed, São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, Milton; SOUZA, M. A; SILVEIRA, M. L. (Org.). *Território, Globalização e Fragmentação*. 5. ed. São Paulo: Hucitec/ Annablume, 2002.

_____. Território e Cidadania. In: _____. *O espaço do Cidadão*. 2. ed. São Paulo: Nobel, 1993. p. 111-123.

SCHAPOSNIK, C. Eduardo. *As teorias da integração e o Mercosul: Estratégias*. Florianópolis: Ed da UFSC, 1997.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SIMIONATTO, Ivete; NOQUEIRA, Vera M. R. Centro Sócio-Econômico. Departamento de Serviço Social. *Direito à Saúde: discurso, prática e valor*. Uma análise nos países do MERCOSUL. Relatório Parcial de Pesquisa. CNPq/FUNCITEC. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2002. (mimeo).

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista de Enfermagem*. Saúde da família. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, n. especial, v. 53, dez. 2000.

STEIMAN, Rebeca. *A geografia das cidades de fronteira: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia P. Ribeiro (Colômbia)*. Dissertação (Mestrado) – PPGG/UFRJ, 2002.

STEIMAN, Rebeca. *Brasil e América do Sul: questões institucionais de fronteira*, UFRJ, 2002. Disponível em:
<<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02avulsoso2.htm>>.

TELLES, Vera. da S. *Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as difíceis relações entre pobreza, direitos e democracia*. In: DINIZ, Eli; LOPES, José Sérgio Leite; PRANDI, Reginaldo. (Org.). *O Brasil no rastro da crise*. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC/IPEA, 1994.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: 30 maio 2004.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Fransisco; FERNANDES; Cristianos; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: 10 maio 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC. *DIREITO À SAÚDE: DISCURSO PRÁTICA E VALOR. UMA ANÁLISE NOS PAÍSES DO MERCOSUL*. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. SIMIONATTO, Ivete (Coord). Florianópolis, 2002. Relatório Parcial de Pesquisa. Mimeo.