

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

KELI REGINA DAL PRÁ

**TRANSPONDO FRONTEIRAS: OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA
GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO MERCOSUL**

PORTO ALEGRE

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KELI REGINA DAL PRÁ

**TRANSPONDO FRONTEIRAS: OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA
GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO MERCOSUL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

PORTO ALEGRE

2006

KELI REGINA DAL PRÁ

**TRANSPONDO FRONTEIRAS: OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA
GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO MERCOSUL**

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

Aprovada em 10 de março de 2006, pela banca examinadora.

BANCA EXAMINADORA

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

Doutora Regina Célia Tamaso Miotto (UFSC)

Doutora Berenice Rojas Couto (PUCRS)

Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira (UFSC)

AGRADECIMENTOS

*agradecer – v. t. 1. Mostra-se grato por 2. Demonstrar gratidão
Int. Agradecido (sm) (AURÉLIO, 1985).*

É difícil iniciar os agradecimentos quando se têm tantas pessoas para demonstrar gratidão, então acho melhor começar pelo começo, ainda em fevereiro de 2004, na cidade de Blumenau um super casal de amigos, Andréia e Alviar me acolheram em sua casa, na curta experiência profissional que tive quando eu havia desistido de fazer o mestrado, até porque classificada em 16º lugar só um milagre, como diria Jorgina, pra eu entrar na turma e conseguir bolsa integral. Andréia e Alviar muito obrigada.

Bem, o milagre aconteceu e Haidêe, Natali e Dona Caetana não hesitaram em me acolher por quase um mês em sua casa até que eu pudesse alugar um apartamento. Muito obrigada a vocês pelo carinho no tempo de sem teto.

Aí o curso iniciou e descobri que tinha uma turma muito legal, pequena se comparada à turma da graduação, mas disposta a levar até o final o desafio de “sobreviver” a curta experiência do mestrado. Quem diria que a época das disciplinas, até daquela ministrada pelo professor Carlos Nelson, daria saudade. Obrigada a todas (os) colegas pela convivência e interação: Carol, Cátia, Rosimeri, Soledad, Silvia, Suzete, Fabiana, Luciana, Marta, Aline, Ivone, Nana, Diego, Dunia e Jacobina.

Vieram as disciplinas e o contato com cada professor (a) proporcionaram a troca e o aprendizado, obrigada à Jane, Leonia, Carlos Nelson, Patrícia, Bia, e Gleny.

Depois do primeiro ano dedicado às disciplinas chegou a hora da realização da pesquisa de campo e o que seria de mim sem minha companheira e amiga irmã Daniela, afinal foram inúmeros quilômetros viajados juntos para muito além das fronteiras desse sul. Dani muito obrigada por compartilhar de “calorosa” viagem e de intensa amizade, porque nem a distância entre Porto Alegre e Londrina impediu de nos revermos e compartilhar nossas aflições quando tudo parecia sem saída.

Obrigada também às profissionais Assistentes Sociais que participaram da pesquisa e contribuíram para que a discussão do direito à saúde nas fronteiras ganhe mais espaço na academia.

Mas durante todo esse processo que chega ao final outras pessoas estiveram comigo e merecem meu agradecimento. À minha família pelo apoio e confiança mesmo distante fisicamente e muitas vezes sem entender exatamente do que se tratava meu estudo. Obrigada a meus pais Adilart e Loreci, à vó Neli, à tia One, ao tio Ari, a meus irmãos Cleiton, Kátia e a toda família extensa.

À Telma, amiga inseparável, que com seu olhar extremamente crítico contribuiu para a qualificação desse trabalho. Amiga muito obrigada pelas contribuições, pela olhar atento, pelas discussões, pela paciência e pelos inesquecíveis cafés, sempre movimentados.

À Claudinha, minha querida amiga, obrigada pelo companheirismo nesse período tão solitário do mestrado, pelas discussões noturnas e diurnas também, pelas inovações culinárias e pelas lições dietéticas.

À Jussara Maria, pela paciência, pela confiança em meu trabalho, por topar o desafio de caminhar para além das fronteiras na discussão sobre a saúde, pela sua sensibilidade em dosar amizade e competência nos momentos de orientação. Obrigada minha orientadora, sinto que nosso trabalho só está iniciando.

À Berenice Rojas Couto, Regina Célia Tamaso Miotto e Vera Maria Ribeiro Nogueira, pelas inesquecíveis contribuições ao meu trabalho como membros da banca, mas especialmente pela oportunidade de conviver e aprender com vocês a ser e fazer serviço social. Não há pessoa mais feliz do que eu com a banca da dissertação. Obrigada. Vocês são demais Meninas

Ao ED, mesmo nesse período que passei distante de você eu continuo tendo tanto pra te falar, mas com palavras não sei dizer como é grande, como é grande, como é grande ... o meu amor por você. Obrigada pelo carinho, paciência e companheirismo. Eu Te Amo.

Ao grupo do NEST pelo apoio e acolhida nesses dois anos. Gabi, Josi, Paola, Rô, Jorge, Belinha, Clausia, Simone, Keilinês, Márcia, Milene e Pamela. Obrigada Meninas (os).

Aos funcionários da Faculdade de Serviço Social: Antônio, Juliana, Patrícia, Nazira, Cristiane, Rosi e Jorgina.

Ao CNPq pela viabilização financeira e apoio científico para a realização do mestrado e da pesquisa de campo desse trabalho.

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de 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).

RESUMO

Este estudo identifica a articulação entre a intervenção profissional do assistente social, o Projeto Ético-Político e a efetivação do acesso à saúde para a população fronteiriça que busca o SUS no Brasil, nas cidades fronteiriças da Região Sul e do Mato Grosso do Sul. A perspectiva teórica assumida entende o direito à saúde como um desdobramento dos direitos sociais, os quais refletem as relações entre o Estado e a sociedade civil e pressupõem sua articulação com o contexto macrossocietário, tendo como suposto que os ordenamentos econômicos, políticos e sociais incidem diretamente sobre o mesmo. O enfoque reside nas relações estabelecidas entre os profissionais de serviço social e a população fronteiriça que busca assistência à saúde, na tentativa de estabelecer agendas de proteção e inclusão social. Tais agendas se materializam ou não em políticas, serviços e ações de saúde a partir de diferentes arranjos políticos, econômicos e sociais que sustentam a concepção de direito à saúde e sua operacionalização em cada Estado-membro do Mercosul. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utiliza as técnicas de entrevista semi-estruturada, observação assistemática e diário de campo, para a coleta de dados, e da técnica de análise de conteúdo, para os procedimentos analíticos. Participaram da pesquisa oito assistentes sociais que trabalham na saúde junto à população fronteiriça nos municípios delimitados. Objetivou-se caracterizar a ação dos assistentes sociais, conhecer a concepção de saúde e de direito à saúde dos profissionais, identificar as estratégias desenvolvidas pelos assistentes sociais para possibilitar o acesso da população fronteiriça ao SUS e identificar como e com quais demandas a população fronteiriça chega ao atendimento do serviço social. Entre os resultados, constatou-se que as ações profissionais centralizam-se no eixo de Processos Sócio-assistenciais, prevalecendo as ações sócio-emergenciais e sócio-educativas e a construção de uma rede de proteção e inclusão social calcada mais na perspectiva de solidariedade do que na criação de protocolos oficiais de atendimento. No eixo de Processos de Planejamento e Gestão, há necessidade de estabelecer normativas que assumam a invisibilidade da situação de saúde da população fronteiriça, e no eixo de Processos Político-Organizativos, o desafio é a construção da cidadania nas fronteiras, na qual teriam papel fundamental as associações profissionais, os organismos internacionais, ações ministeriais para a organização dos serviços e para a garantia da inclusão social. A intervenção profissional no âmbito das fronteiras do Mercosul se realiza num contexto desfavorável à inclusão dos usuários fronteiriços no SUS por causa das questões territoriais/geográficas e legislativas que envolvem o acesso à saúde, uma vez que se trata de países com sistemas de saúde heterogêneos. O maior fluxo da população fronteiriça em busca de atenção à saúde e que, conseqüentemente, demanda a intervenção profissional se dá na fronteira com o Paraguai. A população fronteiriça desenvolve diversas estratégias para garantir o acesso ao SUS. Essas estratégias, de um lado, refletem as dificuldades que a população fronteiriça enfrenta na busca de atenção às suas necessidades básicas no seu país de origem, como a saúde, e, de outro, não contribuem para o enfrentamento dessa questão e para a inclusão social no SUS; pelo contrário, perpetuam a condição de fronteiriço não cidadão e colaboram para a construção da invisibilidade social dessas demandas, fazendo com que de fato o acesso à saúde tenha fronteiras.

Palavras-Chave: Intervenção Profissional; Fronteiras Mercosul; População Fronteiriça; Acesso à Saúde.

ABSTRACT

This dissertation identifies the articulation between the social workers' professional intervention, the Ethical-Political Project and the implementation of health care access in the Unified Health Care System (SUS) for the population groups that live in border areas in Brazil, particularly in border towns in the Southern states, including Mato Grosso do Sul. The theoretical perspective adopted by the author understands the right to health care as an implication of the social rights. Social rights reflect the relations between the state and civil society and presuppose their articulation with the macro-societal context, which is directly influenced by the economic, political and social order. The focus lies on the relations that are established between the health care professionals and the borderers who look for health care and tries to establish agendas of social protection and inclusion. Such agendas are materialized (or not) in health care policies, services and actions on the basis of different political, economic and social arrangements that sustain the view of the right to health and its implementation in each Mercosur member state. This is a research project with a qualitative approach, using the techniques of semi-structured interview, a-systematic observation and field diary for the collection of data and the technique of content analysis for the analytical procedure. Eight social workers who are involved in health services for borderers in the chosen municipalities participated in the project. The goal of the research was to characterize the social workers' action, to get to know the professionals' view of health and right to health care, to identify the strategies developed by the social workers in order to enable the borderland population to have access to the SUS and to identify how and with what demands these people look for social work services. The results show that the professionals' actions focus on the axis of Social Assistance Processes, with a prevalence of emergency-related and educational actions and the building of a network of social protection and inclusion based on solidarity rather than on the creation of official service protocols. In the axis of Planning and Management Processes there is a need to establish normative guidelines that take into account the invisibility of the borderers health situation, and in the axis of Political-Organizational Processes the challenge consists of constructing a citizenship in those borderland areas in which a crucial role would have to be played by trade associations, international organizations and government actions designed to organize the services and to guarantee social inclusion. Professional intervention in the areas of the Mercosur borders takes place in a context that is unfavorable to the inclusion of borderland users in the SUS because of territorial, geographic and legislative issues related to health care access, as these are countries that have heterogeneous health systems. The most intensive search for health care services and consequently for professional intervention occurs at the border with Paraguay. The borderland population develops several strategies to have access to the SUS. On the one hand, these strategies reflect the difficulties faced by the borderers in their search for basic health care services in their country of origin and, on the other hand, they do not contribute to an effective solution of the problem and to social inclusion in the SUS. Rather, they perpetuate their condition as borderers who are seen as non-citizens and contribute to the social invisibility of their demands, thus establishing actual borders in terms of health care access.

Keywords: Professional intervention; Mercosur borders; Borderland population; Health care access.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do número de assistentes sociais (AS) na área da saúde nos estados pesquisados.....	136
Tabela 2 - Identificação dos sujeitos do estudo segundo município de origem, estado, dados populacionais, local de trabalho e número de profissionais entrevistados.....	138
Tabela 3 – Tempo de trabalho das assistentes sociais na linha de fronteira.....	139

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Gastos públicos em saúde nos países que compõem o Mercosul (1990-1999).....96

Quadro 2 - Comparativo dos Princípios Normativos dos Sistemas de Saúde dos Países do Mercosul.....107

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE QUADROS	9
INTRODUÇÃO.....	12
1 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE	26
1.1 Desafios contemporâneos da política de saúde para a intervenção do assistente social.....	26
1.2 O Projeto Ético-Político e a intervenção profissional na saúde.....	33
1.3 O Projeto de Reforma Sanitária – referência à intervenção do assistente social.....	50
2 O DIREITO À SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE E A AGENDA PARA A INTEGRAÇÃO DO SETOR NO MERCOSUL – O CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	58
2.1 Cidadania e direitos: o início do debate	58
2.2 O Mercosul e o desafio da articulação na perspectiva da integração regional: a cidadania e os direitos com isso?.....	67
2.3 O contexto de mudanças no papel do Estado – suas refrações no direito à saúde e no exercício profissional dos assistentes sociais	82
2.4 O direito à saúde e a agenda para a integração do setor nos países do Mercosul.....	97
2.4.1 Contexto sociosanitário	98
2.4.2 O direito à saúde nos países do Mercosul – concepções e sistemas.....	103
2.4.3 Desafios da integração: a proposta do SIS-Mercosul.....	111
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA: AS PARTICULARIDADES DA PESQUISA SOCIAL E O CAMINHO PERCORRIDO NA INVESTIGAÇÃO	117
3.1 Cenário da coleta de dados da pesquisa.....	125
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	129
3.3 Análise e interpretação dos dados	132

4 OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO MERCOSUL.....	135
4.1 O contexto de inserção profissional na saúde na linha das fronteiras: achados, <i>não previstos</i> , do percurso.....	135
4.2 Os estrangeiros no SUS: sua entrada, características e demandas para o serviço social.....	140
4.3 Serviço Social: concepção de saúde e de direito à saúde no atendimento aos usuários fronteiriços.....	158
4.4 A intervenção profissional dos assistentes sociais junto à população fronteiriça e a garantia do direito à saúde.....	166
CONCLUSÕES.....	180
REFERÊNCIAS.....	187
APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM ASSISTENTES SOCIAIS.....	198
ANEXO 1- MAPA DA REGIÃO ESTUDADA.....	Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO

Discutir as questões relacionadas ao trabalho dos assistentes sociais que intervêm na área da saúde, na região das fronteiras, com a população fronteiriça¹ que busca atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), remete a um campo de debates, indagações e desafios que implica o aprofundamento do tema para além das questões vinculadas ao exercício profissional, mas também ao contexto macrossocietário e institucional da política de saúde em que os assistentes sociais estão inseridos.

No campo macrossocietário, desde a década de 1970 emergem transformações que vão adentrar o século XXI, revelando inflexões significativas no desenvolvimento da sociedade capitalista (NETTO, 1996). A recessão dos anos de 1974 e 1975 denota o esgotamento do *boom* do pós-guerra e o início de uma onda recessiva e contribui significativamente, para não dizer determinadamente, para a passagem do processo de acumulação e regulação fordista/keynesiano para o padrão de acumulação flexível. Esta passagem traz uma “nova era de transformação das relações sociais”, com novas modalidades de organização e gestão do trabalho (MENDES; WÜNSCH, 2004, p. 381).

Os anos 1980 trazem a ofensiva tecnológica, na qual se tem a passagem da produção a partir da microeletrônica digital miniaturizada, que possibilita a automatização da produção em pequena escala e, conseqüentemente, quebra o poder do trabalhador na operação da máquina e exige deste maior qualificação profissional, que por conta da queda nas taxas de lucro, veio em busca de um diferencial de produtividade do trabalho como fonte dos superlucros pela mundialização da economia e pelo ajuste neoliberal.

¹ Para fins do estudo consideram-se fronteiriços as pessoas que residem ou transitam na linha das fronteiras do Brasil com Argentina, Paraguai e Uruguai. Essas pessoas podem ser turistas, residentes em outros países, estrangeiros residentes no Brasil não naturalizados brasileiros e brasileiros residentes em outros países, enfim, todos aqueles que atravessam as fronteiras em busca de assistência à saúde.

Ganha força a proposição de supremacia do mercado e em contrapartida a diminuição da intervenção estatal. Para tanto, o gasto com a rede de proteção social e com o modelo de Estado de Bem-Estar Social, como foi o europeu, tornou-se um negócio exageradamente caro – de forma a garantir: a redução do gasto público, a diminuição dos salários, o corte das despesas com assistência social, o fim da legislação trabalhista, entre outros.

No modo flexibilizado, a produção é conduzida pela demanda e sustenta-se com um estoque mínimo e com poucos trabalhadores multifuncionais, que operam as máquinas automatizadas num processo de trabalho intensificado. A hierarquia dentro da fábrica diminui porque permanece um pequeno número de trabalhadores que assume a chefia e o controle da produção. Segundo Behring (2001), o processo de acumulação flexível forja uma articulação entre descentralização produtiva e avanço tecnológico por meio da rede microeletrônica de informações. Trata-se de terceirizar e subcontratar uma rede de pequenas e médias empresas, muitas vezes com perfil semi-artesanal ou familiar, para realizar parte do trabalho fora da empresa contratante, a fim de diminuir os custos da produção e as despesas trabalhistas.

Esta forma de produzir traz sérias conseqüências para o trabalhador, como a heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, com perdas salariais, retrocesso e enfraquecimento do poder sindical (ANTUNES, 2003, 1996). Segundo Mendes e Wünsch (2004), essa fragmentação se reflete também nos processos produtivos e nos distintos espaços ocupacionais dos trabalhadores, pela crescente diferenciação salarial e qualificação profissional. O que ocorre é uma radical reestruturação do mercado de trabalho; com regimes e contratos flexíveis e a redução do emprego, onde o trabalho passa a ser em tempo parcial, temporário ou subcontratado.

A heterogeneização e a fragmentação da classe trabalhadora adquirem visibilidade e força na organização do trabalho dentro das empresas e fábricas a partir do que Mattoso

(1995) denomina de terceira revolução industrial. Trata-se de um processo que traz uma nova maneira de produção, na qual há a predominância do capital financeiro, ou seja, o caminho da produção capitalista a partir da terceira revolução industrial traz profundas alterações na relação capital-trabalho. Conseqüência disso é o surgimento de grupos de trabalhadores com características diferenciadas quanto às condições de trabalho, conforme Antunes (1996): há um grupo de trabalhadores centrais que têm maior estabilidade no emprego, perspectiva de promoção, bons salários e, em geral, alta qualificação profissional; outro grupo de trabalhadores empregados em tempo integral, menos especializados profissionalmente, com menos oportunidades e maior rotatividade dentro das funções da empresa; e, por fim, um terceiro grupo de trabalhadores subcontratados, com tempo parcial de trabalho, contrato determinado para o tempo de serviço, menor qualificação profissional e sem direitos trabalhistas assegurados. Mendes (2003) também destaca que há a exigência de requisições que compõem um novo perfil profissional, caracterizado pela polivalência, educação continuada, qualificação diferenciada e pelo envolvimento do trabalhador por inteiro na busca de maior produtividade e qualidade.

Como conseqüência desse processo Mattoso, (1995) considera as alterações: (a) no interior do processo produtivo; (b) na divisão do trabalho; (c) no mercado de trabalho; (d) no papel político dos sindicatos; (e) no processo de negociação/contratação para sociabilidade do sistema baseado no trabalho. Tais alterações, de acordo com o autor, trouxeram inúmeras inseguranças ao trabalhador da atualidade, como as seguintes:

- *Insegurança no mercado de trabalho:* com a redução do crescimento do emprego, desmonta-se a idéia de que o crescimento econômico aumentaria vagas no mercado de trabalho, ou seja, cai a taxa de empregos ligados à indústria. Constata-se a expansão da desigualdade dentro do mercado de

trabalho e da classe trabalhadora, o que traz conseqüências no consumo devido à distinção entre as classes;

- *Insegurança no emprego:* há uma transformação dos contratos formais em contratos flexíveis, com trabalhos de meio período e trabalhos parciais. Há um aumento do trabalho informal e a conseqüente desregulação por parte do Estado. Aparecem formas de trabalho atípicas e trabalhos diferenciados. Intensificam-se outras duas formas de flexibilidade do trabalho: uma funcional, que implica no próprio trabalhador assumir novas funções; e outra que se refere à flexibilidade externa, na qual os trabalhadores podem ser demitidos e incorporados conforme a demanda;
- *Insegurança de renda:* observa-se o fenômeno da flexibilidade salarial, ou seja, os rendimentos do trabalho são crescentemente variáveis, instáveis ou sem garantia;
- *Insegurança na contratação do trabalho:* ocorre uma perda significativa da força de negociação dos sindicatos junto às empresas capitalistas;
- *Insegurança na representação do trabalho:* implica na redução dos sindicatos; em alguns países, o sindicalismo acabou se tornando um “braço” do Estado, retornando a um nível assistencial que traz benefícios somente para seus associados (MATTOSO, 1995, p. 77-108).

Todas estas mudanças aliadas à forma como o Estado brasileiro as vem incorporando, afetam significativamente o cotidiano da classe trabalhadora na atualidade. Além das inseguranças destacadas, o trabalhador é submetido a políticas de geração de emprego e renda que reforçam a sociabilidade a partir da inserção no mercado formal de trabalho e que têm assumido um caráter compensatório. O que se observa são políticas públicas voltadas para a

reabilitação, através de cursos de capacitação, para a (re) inserção dos trabalhadores na formalidade do trabalho.

Esses fatores, segundo Antunes (2002), fazem surgir uma nova era de lutas sociais mundializadas, constitutivas deste novo século que irão se contrapor à lógica da (de) sociabilidade contemporânea através de novas formas de confrontação social. Esta nova morfologia que emerge a partir do universo multifacetado do trabalho faz surgir uma nova classe trabalhadora diferente da classe trabalhadora dos séculos XIX e XX, que esteve associada à idéia de trabalhadores manuais ou fabris.

Quem é a classe trabalhadora hoje? Quais são os trabalhadores do século XXI? Antunes (2002) responde aludindo à totalidade dos assalariados ou não, homens e mulheres, que vivem da venda de sua força de trabalho e que não possuem os meios de produção, não tendo alternativa de sobrevivência senão vender sua força de trabalho sob a forma de assalariamento.

A classe trabalhadora encontra seu núcleo central no conjunto dos trabalhadores produtivos, ou seja, nos trabalhadores que produzem diretamente mais-valia e participam também diretamente do processo de valorização do capital através da interação entre trabalho vivo e trabalho morto, entre trabalho humano e maquinário científico-tecnológico. Antunes (2003, 2002) destaca ainda o processo de liofilização organizacional, que se caracteriza pela redução do trabalho vivo e a ampliação do trabalho morto, pela substituição crescente de parcelas de trabalhadores manuais pelo maquinário técnico-científico, pela ampliação da exploração da dimensão subjetiva do trabalho, pela sua dimensão intelectual no interior das plantas produtivas, além da ampliação generalizada dos novos trabalhadores precarizados e terceirizados decorrente da era da empresa enxuta.

Na atualidade, a classe trabalhadora compreende não somente os trabalhadores manuais diretos, mas a totalidade do trabalho social, do trabalho coletivo, que vende sua força

de trabalho como mercadoria em troca de salário. Neste grupo, são incorporados também o conjunto de trabalhadores cujas formas de trabalho se dão através da realização de serviços, seja para uso público ou privado capitalista que não se constituem em elemento direto no processo de valorização do capital e de criação da mais-valia (ANTUNES, 2002).

Assim, a noção de classe trabalhadora, ou, para usar uma expressão própria de Antunes (2002), a “classe-que-vive-do-trabalho” deve ser mais abrangente do que a noção que a restringe exclusivamente ao trabalho industrial e fabril. Deve incorporar a totalidade dos trabalhadores assalariados – produtivos ou improdutivos –, inclusive o enorme leque de trabalhadores precarizados, terceirizados e de serviços que se caracterizam pelo vínculo temporário e pela precarização das condições de trabalho, além do proletariado bóia-fria e, naturalmente, a totalidade dos trabalhadores desempregados.

É no mundo do trabalho multifacetado com sua nova morfologia que se encontram os sujeitos centrais dos novos embates e das lutas sociais que emergem na contemporaneidade (ANTUNES, 2002). É também nesse cenário que o serviço social, como especialização sociotécnica do trabalho, se insere, ou seja, a profissão é entendida como uma forma de trabalho que também sofre com o conjunto de mudanças históricas que afetam a divisão do trabalho na sociedade e a divisão técnica do trabalho no seio das estruturas produtivas corporificadas em novas formas de organização e de gestão do trabalho (IAMAMOTO, 1999).

A contextualização acerca das mudanças no mundo do trabalho tem como intuito contribuir no debate sobre o serviço social como especialização do trabalho que, como tal, não se encontra imune ou alheio as determinações decorrentes daquelas mudanças. Nesse sentido, Iamamoto (2003, p. 22-23) considera importante apreender os processos macrossocietários que envolvem as questões do trabalho, sobretudo dessa categoria

profissional, que, por sua vez, se encontra “*profundamente condicionada pelas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, ou seja, pelas relações entre as classes na sociedade*”.

É importante destacar que o serviço social, como profissão, não se autodetermina; sua história é tributária da história da sociedade capitalista – cenário no qual ocorrem os processos macrossocietários e se estabelecem as relações. O reconhecimento do serviço social como trabalho, assim como o de outras profissões está vinculado a um dado tempo de desenvolvimento do modo de produção: nesse caso a passagem do capitalismo concorrencial ao capitalismo monopolista, tornando-se uma profissão quase tão necessária para sua continuidade como o próprio trabalho operário (GRANEMANN, 1999).

Os profissionais de serviço social, assim como o conjunto dos demais trabalhadores, estão sujeitos às mesmas tendências do mercado de trabalho e sofrem com as inseguranças apontadas anteriormente. Assim, os enfrentamentos de tais questões transcendem iniciativas isoladas de cunho corporativista de defesa do trabalho específico do assistente sócia; ao contrário, exigem ações comuns do coletivo dos trabalhadores voltadas para o fortalecimento de suas organizações por categorias e o estabelecimento de uma articulação mais ampla enquanto membros de uma mesma classe.

No caso específico do serviço social, a situação de trabalho tem se agravado com a crise fiscal do Estado, que tem reduzido os recursos financeiros, materiais e humanos na área social, desmontando, com isso, os serviços sociais públicos e comprometendo as ações profissionais na direção da implementação e viabilização de direitos sociais, que, para serem materializados, dependem desses recursos cada vez mais escassos (IAMAMOTO, 2003; 2002).

Interessam ao serviço social tanto as mudanças que vêm ocorrendo na esfera estatal e que, conseqüentemente, atingem os direitos e a cidadania dos sujeitos que demandam os serviços sociais públicos, como aquelas no mundo do trabalho, uma vez que a exigência de

um profissional polivalente que tenha, por exemplo, domínio de línguas estrangeiras e de informática, a terceirização, a subcontratação a partir do aumento de contratos temporários e parciais, o baixo padrão salarial e o desemprego são alguns dos fatores que compõem a realidade atual dos assistentes sociais, ou seja, o serviço social tem sua identidade profissional questionada tanto quanto a de outras categorias profissionais.

A discussão da intervenção do assistente social não acontece desvinculada do contexto societário que expressa suas múltiplas determinações no confronto entre capital e trabalho. Esse contexto interfere no modo como a profissão responde às demandas do seu trabalho, pois, a partir de suas ações, incide nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho. A ação profissional tem um efeito no processo de reprodução da força de trabalho através da prestação de serviços sociais em diversas áreas, como saúde, habitação, educação e outras. Mas essas ações também possuem um caráter que não é material e se caracteriza como social, pois são ações que influenciam o campo dos valores, dos comportamentos, da cultura, interferindo na realidade cotidiana dos sujeitos. O serviço social é uma profissão comprometida com os interesses da população trabalhadora nos seus mais diversos segmentos, preservando e fomentando os ganhos obtidos na constante busca de uma sociedade com menos desigualdades sociais, mais igualitária e democrática (IAMAMOTO, 1999).

Dizer que as ações profissionais destinam-se simultaneamente à produção e reprodução da vida material e subjetiva implica considerar que os resultados dessas ações “são objetivas, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma *objetividade social* (e não material), expressando-se sob a forma de *serviços*” (IAMAMOTO, 2003, p. 68). Trata-se, portanto, de um trabalho especializado expresso sob a forma de serviços e que interfere na reprodução da força de trabalho, tanto na dimensão

material como sociopolítica e ideocultural, buscando reconstruir as relações sociais mediante as ações que desenvolve (IAMAMOTO, 2003).

Embora o serviço social tenha se constituído como uma profissão para servir aos interesses do capital, também participa da busca de respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, seja no plano coletivo, através dos movimentos sociais, ou na busca de acesso aos recursos sociais existentes através dos equipamentos coletivos que visam a corresponder aos direitos sociais do cidadão. É uma profissão que participa tanto do processo de reprodução dos interesses do capital como das necessidades de sobrevivência dos que vivem do trabalho. A mesma atividade profissional reproduz interesses contrapostos que vivem em tensão; segundo Yasbek (1999, p. 90), o trabalho profissional é “necessariamente polarizado pelos interesses de classes sociais em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama”.

O serviço social, como componente da organização da sociedade, não pode fugir a esta realidade contraditória. Como as classes sociais fundamentais, seus interesses e personagens só existem em relação recíproca, a intervenção do assistente social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada pela classe que detém a hegemonia.

Não somente a contradição entre as distintas classes sociais permeia a intervenção profissional; as alterações na sociedade, a partir das transformações no mundo do trabalho ocasionadas pelo avanço do projeto societário neoliberal e seus reflexos no cenário latino-americano, como mencionado anteriormente, fazem os assistentes sociais repensar suas formas de intervenção na realidade social, uma vez que as expressões da questão social têm se complexificado no cenário dos países de Terceiro Mundo.

Exemplo da complexificação das expressões da questão social é a saúde, área que tem despertado preocupação em relação aos serviços e ações desenvolvidos nas fronteiras

do Mercosul, pois, de um lado, há um expressivo número de pessoas estrangeiras advindas do trânsito interfronteiras que procuram pelos serviços de saúde no Brasil, para os quais não possuem titularidade formal, e, por outro, esses mesmos serviços e ações de saúde, a nível municipal, se vêem pressionados a atender a população fronteiriça sem que tenham condições técnicas e recursos financeiros para isso. A maior dificuldade encontra-se em prover a atenção à saúde de maneira universal e integral, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, pela falta de recursos humanos especializados e insuficiência de equipamentos para o atendimento de média e alta complexidade aos usuários (DAL PRÁ, 2005; FLORIANÓPOLIS, 2005; GALLO et al., 2004a).

Esta realidade traz determinações extremamente complexas, pois são sistemas nacionais de saúde diferenciados em termos de universalismo, equidade, modelos de cobertura, modalidades de oferta e de financiamento, assim como há também profundas diferenças nos modelos de atenção à saúde. Além disso, nessas situações regionais “convivem sociedades, etnias e culturas tão diversas que, pode-se dizer, cada ponto, cada realidade fronteiriça, aparece como tendo uma conformação própria e *sui generis*” (FLORIANÓPOLIS, 2005, s/p). Enfim, parece que a combinação e a atuação simultânea de todas essas e muitas outras determinações acabam funcionando como uma barreira ao exercício do direito universal à saúde.

Dentre outras determinações está a direção dada pelos Organismos Internacionais aos Estados nacionais para a redução dos gastos públicos com programas na área social – inclusive para a redução drástica dos gastos com saúde, comprometendo, no caso brasileiro, a universalidade desse direito – e a reorientação do papel do visando à redução de suas funções executoras e de provisão direta dos serviços sociais em favor do aumento de sua função meramente regulatória. O papel do Estado no caso dos “sistemas de saúde é extremamente fortalecido através das funções reguladoras e reordenadoras dos complexos

sistemas de provisão dos serviços” e da regulação frente às pressões e conflitos advindos do “binômio demandas externas (indústrias globalizadas) e internas (a saúde como direito)” (VIANA, 2005, p. 05-07).

Nesse cenário, pensar o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, na região das fronteiras, é entendê-lo complexificado. Essa complexidade se expressa pela relação com os usuários fronteiriços – que, na sua maioria, não se constituem como cidadãos brasileiros – e pelo compromisso profissional com as premissas do Projeto Ético-Político e do Projeto de Reforma Sanitária, que pressupõem uma intervenção na direção da garantia universal, integral e equitativa do direito à saúde.

De modo geral, a movimentação da população fronteiriça, que caracteriza uma demanda crescente ao SUS e ao serviço social e que tem origem nos estratos mais pobres das regiões fronteiriças da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai, vem em busca de melhores ofertas de ações e serviços de saúde, de recursos sócio-assistenciais e atendimento a problemas de saúde (consultas, remédios, exames clínicos, atendimento hospitalar, etc.) nos mais diferentes graus de complexidade do sistema (DAL PRÁ, 2005; FLORIANÓPOLIS, 2005; GALLO et al., 2004a).

O fluxo da população fronteiriça na busca de atenção à saúde no SUS, nos municípios da linha de fronteira², é percebido pelos profissionais de serviço social que estão intervindo na área, pois, como profissionais da saúde – quarta categoria de nível superior na composição das equipes de saúde segundo levantamento dos Conselhos Regionais e do Conselho Federal de Serviço Social (COSTA, 2000a) –, os assistentes

² *Linha ou 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 a das cidades gêmeas” (BRASIL, 2005a, p. 21). É o espaço onde são testadas as políticas públicas de integração e cooperação, um microcosmos das diferenças de expectativas e transações do nível local, regional e internacional.

sociais constituem um dos principais profissionais de referência para os usuários, o que se pode denominar de “a porta de entrada” no sistema.

Ao assistente social compete desenvolver seu trabalho com o objetivo de atender necessidades³ e demandas⁴ desses usuários, tendo sua intervenção com a predominância de ações voltadas para a interação entre os diversos níveis do sistema de saúde e fora dele. Ou seja, é um profissional que trabalha a conexão das necessidades de saúde da população com os princípios e diretrizes do SUS e, para além do sistema, busca conexão com a rede externa de proteção social visando sempre ao atendimento integral em saúde dos usuários (COSTA, 2000a).

A especificidade de articular as demandas dos usuários com os recursos materiais e sociais do sistema, com o contexto das mudanças na sociedade capitalista, se deve ao fato de o assistente social ser o profissional mais próximo dos usuários e por suas ações se desenvolverem no sentido de trabalhar os aspectos do processo saúde/doença na perspectiva da totalidade, para que o atendimento ocorra da forma mais integral possível.

³ Sobre o conceito de necessidades tem-se como referência o trabalho de Pereira (2002), no qual a autora aponta o estudo de Len Doyal e Ian Gough, realizado em 1991, como o mais atual e consistente sobre a discussão de necessidades humanas básicas. Os autores sustentam “que todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares, em todas as culturas, têm necessidades básicas *comuns*” (PEREIRA, 2002, p. 66). No entanto, a satisfação dessas necessidades humanas básicas pode variar, ou seja, apesar de serem comuns a todos, não implicam uniformemente na sua satisfação, há uma variedade enorme de bens, serviços, atividades, relações, medidas, políticas que, em maior ou menor extensão, podem ser empregadas para atender a essas necessidades. Segundo os autores, “as *necessidades humanas básicas* como categorias objetivas e universais, que devem ser satisfeitas concomitantemente, são: *saúde física e autonomia*”. Estas necessidades “não são um fim em si mesmo, mas precondições para se alcançarem objetivos universais de participação social. São também [...] ‘direitos morais que se transformam em direitos sociais e civis mediante políticas sociais’” (PEREIRA, 2002, p. 68-83). Quanto à saúde física, esta é uma necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos de viver; é basicamente uma necessidade natural que afeta a todos os seres vivos. E para sua satisfação otimizada supõem-se graus os mais elevados possíveis de esperança de vida e maiores reduções de incapacitações por enfermidades.

⁴ Segundo Pereira (2000, p. 524), demanda tem o sentido de “ir em busca de um bem ou serviço de saúde. É a necessidade que se transforma em ação. A demanda está relacionada tanto à necessidade como à oferta. A percepção de um problema de saúde gera demanda, mas também a existência de um serviço provoca demanda, que pode provir de um indivíduo com problemas de saúde, em graus variáveis, ou sem quaisquer problemas de saúde – simplesmente quando ele deseja manter a saúde e prevenir a doença”.

É um profissional capaz de realizar a articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais, como, por exemplo, assistência social, educação, habitação, e com a rede de atendimento aos usuários fronteiriços, tendo em vista a preocupação com o desenvolvimento de ações comprometidas com a garantia dos direitos sociais e do direito à saúde mediadas pelas necessidades dos usuários.

Diante disso, buscou-se com a pesquisa avançar na discussão sobre a intervenção do assistente social na área da saúde, especialmente no contexto das fronteiras do Mercosul, na Região Sul do Brasil e no Mato Grosso do Sul, com suas demandas e conflitos específicos, e ainda na articulação da intervenção profissional com o Projeto Ético-Político e com o Projeto de Reforma Sanitária.

O presente estudo está estruturado em quatro capítulos. O primeiro apresenta os desafios contemporâneos advindos do contexto de transformações societárias e seus reflexos nos postos de trabalho, na redução do papel do Estado, na (re) configuração da demanda e dos espaços ocupacionais dos assistentes sociais que trabalham na área da saúde. Aborda o embate entre o projeto societário hegemônico e o compromisso com os princípios do Projeto Ético-Político da profissão e com o Projeto de Reforma Sanitária a partir de ações profissionais comprometidas com a garantia do direito à saúde de forma integral e universal, sustentada na intervenção junto à população demandante do SUS, em especial a população fronteiriça.

No segundo capítulo, são abordadas as categorias direito e cidadania, de forma genérica, mas com a intencionalidade de contemplar esta discussão na linha das fronteiras do Mercosul, atentando para o atendimento da população fronteiriça que busca assistência à saúde no SUS. A seguir trata-se das mudanças no âmbito estatal, de restrição do seu papel como provedor direto dos serviços sociais, de redução dos gastos públicos com políticas

sociais, dentre elas a política de saúde, e as conseqüências para a constituição do direito à saúde de forma universal. Posteriormente, adentra-se na discussão sobre o direito à saúde no Mercosul, trazendo um panorama da realidade e da conformação deste direito, em termos de concepção e financiamento, e a contextualização do cenário socioeconômico dos quatro países que compõem o Acordo. Estas questões antecederam a discussão da proposta, ora em pauta, para a integração dos sistemas de saúde: o Sistema Integrado de Saúde (SIS-Mercosul).

No terceiro capítulo, apresenta-se a construção metodológica do estudo, orientado para uma abordagem qualitativa, com a utilização de entrevistas semi-estruturadas, diário de campo e observação assistemática, que teve a preocupação de contemplar o objetivo central do estudo de identificar a articulação entre a intervenção profissional do assistente social, o Projeto Ético-Político da profissão e a efetivação do acesso à saúde por parte da população fronteiriça que procura o SUS, nos municípios fronteiriços da Região Sul e no Mato Grosso do Sul. Neste capítulo são apresentados o cenário onde ocorreu a coleta de dados e os sujeitos participantes do estudo.

Os resultados da pesquisa são apresentados no quarto capítulo. Inicia-se com a caracterização da população fronteiriça que procura o SUS, suas estratégias para acessar o sistema e ao serviço social, suas principais demandas e a forma como chegam ao atendimento dos assistentes sociais. Abordam-se igualmente a concepção de saúde e de direito à saúde identificada na intervenção dos assistentes sociais, as características desta intervenção, as principais ações desenvolvidas, as condições de trabalho e as exigências que se colocam à intervenção profissional na linha das fronteiras junto à população fronteiriça.

Nas considerações finais são feitas as pontuações acerca da importância e dos desafios da temática.

1 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE

[...] o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade (MARX, 1987, p. 202).

1.1 Desafios contemporâneos da política de saúde para a intervenção do assistente social

Pensar o serviço social na contemporaneidade exige compreendê-lo inserido em uma perspectiva histórica na qual, em todos os setores, os postos de trabalho sofrem diminuição significativa e num contexto onde novas situações impõem à profissão novas exigências, obrigado-a a atualizar-se, redefinir estratégias e procedimentos adequados às novas demandas e requisições do mercado de trabalho. Este cenário, além de rebatimentos na (re)configuração da demanda atendida pelo serviço social, traz elementos ao campo da intervenção profissional como a segmentação das ações e a diferenciação progressiva das condições de trabalho nas instituições estatais e privadas (NETTO, 1996).

A partir desse contexto, Iamamoto (1999) destaca como um dos maiores desafios para o profissional de serviço social o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano. Para tanto se exige hoje

um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma

ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (IAMAMOTO, 1999, p. 113).

Considerando que a intervenção profissional do assistente social acontece privilegiadamente no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade civil, no marco de uma sociedade de classes na qual sua força de trabalho especializada é vendida, exige-se que este profissional ultrapasse as rotinas institucionais e busque, a partir do movimento da realidade, detectar tendências e possibilidades de produzir serviços sociais que atendam as necessidades da população (IAMAMOTO, 1999). Estes serviços estão particularmente voltados à satisfação das necessidades de reprodução material da força de trabalho e não se corporificam como mercadoria, não representam trabalho social materializado.

Servem [...] em uma relação de exterioridade com o usuário, para recuperar, preservar ou tornar melhor um bem, ou alguma coisa que já possui [...] servem ao usufruto mais pessoal, em uma relação direta com a personalidade do usuário, em que o sentido de utilidade está condicionado estreitamente por valores e comportamentos socialmente reconhecidos (NOGUEIRA *apud* COSTA, 2000, p. 100).

Neste sentido, os serviços transitam do âmbito pessoal (trabalhos domésticos) para o coletivo como resultado das necessidades ligadas à produção (transporte ou distribuição) para alcançar expressividade máxima na sociedade contemporânea através da expansão das atividades como saúde, por exemplo. Para Costa (2000), este processo de transição não é mera evolução das atividades de serviços, mas está vinculado ao desenvolvimento das forças produtivas e ao processo de constituição de novas necessidades coletivas, que passam a se constituir interesse do capital, tornando este atendimento uma atividade lucrativa.

A existência de serviços sociais voltados para o atendimento das necessidades sociais expressa o poder que tiveram as lutas dos trabalhadores pelo seu reconhecimento, porém é necessário ter presente que isso não ocorre de forma independente das necessidades do capital. A expansão e oferta mercantilizada destes serviços sociais foi determinada pela incorporação, pelo capital, das necessidades de reprodução da força de trabalho.

O reconhecimento dos serviços sociais também se deu no interior do Estado, no âmbito das diversas políticas sociais. Foi a materialização desses serviços através de políticas sociais, tanto no âmbito privado como estatal, que contribuiu para a constituição e expansão do serviço social como força de trabalho com campo de intervenção profissional no setor de serviços (ALMEIDA, 1996).

O assistente social, ao trabalhar no “campo da prestação de serviços sociais governamentais, ao operar com o fundo público, participa do processo de redistribuição da mais valia social. Aí seu trabalho se inscreve também, no campo da defesa e/ou realização de direitos sociais de cidadania, na gestão da coisa pública” (IAMAMOTO, 1999, p. 114). A autora aponta a contribuição da profissão para o partilhamento do poder e sua democratização, juntamente com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos na sociedade. Consensos não à adesão do instituído, no reforço da hegemonia vigente, mas também criando consensos em torno dos interesses e lutas das classes subalternizadas, na criação de uma contra-hegemonia que reforce os interesses dos segmentos majoritários da coletividade.

Reconhecendo que são inúmeros os obstáculos que a profissão enfrenta para uma intervenção transformadora este é um profissional que busca na realidade social elementos que viabilizem o processo de ruptura com o *status quo*. Neste sentido, a profissão tem muito a contribuir, através de sua intervenção profissional, na consolidação dos direitos sociais, em especial, do direito à saúde preconizado no Movimento de Reforma Sanitária.

Um dos obstáculos enfrentados pela categoria profissional é a alteração no encaminhamento das políticas macroeconômicas, como a exigência aos países em desenvolvimento da redução dos déficits públicos e da restrição do papel do Estado na garantia dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2002), que, no Brasil, vem ocasionando sérios

entraves à realização de políticas públicas universalizantes, como, por exemplo, a consolidação do SUS (NOGUEIRA, 2002).

O processo de ajuste neoliberal propõe uma mudança imediata que reflete na condução/efetivação das políticas sociais, incluindo a política social da área da saúde. Esta mudança implica a diminuição da ação reguladora do papel do Estado, o encolhimento de suas funções legitimadoras:

quando o grande capital rompe o ‘pacto’ que suporta o *Welfare State*, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais [...] num processo de ‘ajuste’ que visa diminuir o ônus do capital no esquema geral de reprodução da força de trabalho (e das condições gerais de reprodução capitalista) (NETTO, 1996, p. 99).

Isso demanda a construção de uma nova agenda política para a área da saúde que passa pela redução orçamentária, pelo reenquadramento da sociedade civil no debate político, pelo retorno da família como principal responsável pelo cuidado com a saúde e seu entorno e pela desqualificação do social. Como consequência, o recorte do social assume uma perspectiva diferenciada, sendo reduzido ao campo da pobreza.

O processo de ajuste neoliberal que coloca a pobreza e a escassez de recursos como os vetores centrais das políticas sociais ocasiona um deslocamento radical da ótica de satisfação das necessidades, uma vez que a questão distributiva deixa de ser parametrada pela ótica do direito e passa a ser revestida com a ótica da caridade, da benemerência, que não cria vínculos jurídicos e políticos de cidadania social (NOGUEIRA, 2002).

No Brasil, a cidadania social na saúde, pensada e construída na década de 1980 com a organização de um amplo leque consensual, vai perdendo seu valor de referência, tanto no plano ético-político como no trânsito para a concretude dos direitos, sofrendo um processo contínuo de desconstrução sob diversos ângulos, sendo a pobreza, junto com a ética da solidariedade e a retórica da escassez, o pólo irradiador dessa argumentação (NOGUEIRA, 2002).

Percorrendo este caminho é possível perceber transformações no âmbito social e, com isso, transformações no trabalho do assistente social na área da saúde, seja pelo embate direto contra as políticas neoliberais que vêm restringindo o direito e o acesso à saúde, ou pela constante luta pela consolidação do SUS através da melhoria do atendimento a partir da efetivação dos seus princípios e diretrizes.

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, do direito à saúde de forma universal, equânime e integral implica uma intervenção profissional que articule todos os níveis do sistema efetivando o canal de referência e contra-referência, para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população. Uma intervenção competente que, na saúde, considere o contexto socioeconômico em que se encontra a população fronteiriça que demanda o atendimento do SUS e suas necessidades em saúde como um direito fundamental à vida e, por isso, como sujeitos com direito ao exercício da cidadania.

A competência em considerar a dimensão social no processo saúde/doença torna-se importante e necessária, por parte dos profissionais, principalmente a partir da consolidação do conceito de saúde estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, onde as condições de habitação, educação, lazer, transporte, trabalho e outras instâncias da vida humana passam a ser determinantes nesse processo.

Nesse sentido,

o assistente social, como profissional da saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no Setor, que seja a nível de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde (CFESS, 1990, s/p).

O assistente social tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais dos sujeitos na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Na intervenção direta com os usuários, contribui para o acesso à saúde como direito social. Este trabalho exige do assistente social a capacidade de “captar o que há de social relacionando a questão

da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, [...] mínimos para a sobrevivência” (VASCONCELOS, 2002, p. 450), explicitando que a ausência de trabalho, educação, saneamento básico, habitação, alimentação adequada, cultura, lazer e, no caso dos fronteiriços, a ausência de políticas públicas de saúde no seu país de origem significam ausência de saúde.

Cabe ao Serviço Social na área da saúde **tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde**, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2002, p. 443).

Compete também ao assistente social colocar os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem contato com as perspectivas do cotidiano do usuário, e, por ser mediador entre estes e a instituição, tem como dever ético-político defender que estas demandas sejam atendidas pelo sistema, que os serviços de saúde as considerem como prioritárias. Assim, avançar na direção dos interesses e necessidades dos usuários exige do assistente social mediar a discussão do que está sendo vivenciado pela população, como, por exemplo, a qualidade, os critérios e as exigências para o acesso às ações, serviços e rotinas de saúde de acordo com o que está formalmente assegurado.

O trabalho desenvolvido na região das fronteiras torna ainda mais complexo esse compromisso, pois o assistente social, na maioria das vezes, é um dos únicos profissionais que tem contato direto com os usuários identificando as dificuldades e a situação da população fronteiriça. Torna-se, dessa forma, o elo mediador entre a população fronteiriça e o sistema e também entre esta e a visibilidade pública de sua condição de estrangeiro usuário do SUS sem acesso às garantias legais ao direito à saúde.

A busca pela garantia da qualidade na prestação dos serviços de saúde, na perspectiva de assistência universal e integral à população, pressupõe ainda que o assistente social, conforme o assegurado pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Código de Ética, potencialize a participação social, a organização e a capacitação direta ou indireta dos usuários no sistema, seja através dos Conselhos de Saúde ou através do desvelamento de questões postas pela população fronteiriça ao poder público nas diferentes instâncias. O assistente social pode potencializar essa demanda socializando

[...] informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; interferem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso à informação a indivíduos sociais para que possam lutar e interferir nos rumos da vida em sociedade (IAMAMOTO, 1999, p. 69).

Para que a contribuição do assistente social possa avançar na esfera pública e na participação da sociedade civil organizada no controle social do Estado, é preciso que os profissionais estejam qualificados, tanto do ponto de vista teórico-técnico como ético-político.

Segundo Raichelis (2000, p. 68), é fundamental que a intervenção do assistente social contemple dupla ação: 1) impulsionar o movimento que se organiza em torno da defesa das políticas sociais, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais conjunturais, a partir da inserção dos assistentes sociais no aparato institucional onde se desenvolve o trabalho profissional; e 2) colaborar para a sistematização das experiências e para o adensamento da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulados à análise das tendências macrosociedade que iluminam estrategicamente os rumos a serem perseguidos.

Na mesma direção do que diz Raichelis (2000) a respeito da defesa das políticas sociais como resposta às demandas sociais a partir do trabalho profissional dos assistentes sociais, Mioto (2001) reafirma a necessidade de discutir a intervenção profissional no âmbito do Projeto Ético-Político considerando como campo privilegiado de intervenção dos

assistentes sociais as políticas sociais. Intervenção marcada também pela dimensão investigativa, uma vez que entende a pesquisa como inerente a todo e qualquer processo interventivo e que não existe intervenção sem planejamento e documentação. Iamamoto (2003) corrobora neste aspecto ao dar ênfase a importância do processo investigativo a partir da pesquisa. Para a autora, a dimensão investigativa é um dos elementos necessários da intervenção profissional que possibilita ao assistente social vislumbrar a realidade social e, a partir do seu âmbito ou espaço ocupacional, ser capaz de impulsionar a formulação de propostas que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do Projeto Profissional.

1.2 O Projeto Ético-Político e a intervenção profissional na saúde

As transformações societárias “constituem o solo privilegiado para o processamento de alterações profissionais” (NETTO, 1996, p. 88), para o redimensionamento de profissões consolidadas, como é o caso do serviço social. Alterações profissionais que derivam, segundo o autor, “da interação que se processa entre as transformações societárias, com seu rebatimento na divisão sociotécnica do trabalho” e o complexo – teórico, prático, político e cultural – constitutivo de cada profissão (NETTO, 1996, p. 89), ou seja, os conflitos e as contradições impostas pela relação entre projetos societários e projetos profissionais.

Na década de 1980, o serviço social consolidou, no plano ideopolítico, a ruptura com o conservadorismo histórico através do Movimento de Reconceituação ou, nas palavras de Netto, através da “intenção de ruptura”, que marcou os avanços alcançados pela profissão (NETTO, 1996, p. 112). No entanto, o autor aponta que essa ruptura não significou a

superação do conservadorismo no interior da categoria profissional, mas apenas a possibilidade de expressão, de forma aberta e legítima, de posicionamentos ideológicos e políticos de natureza crítica e/ou contestadora em face da ordem burguesa.

Na expressão de Netto (1996, p. 111), “*democratiza-se*” a relação no interior da categoria profissional e legitima-se “*o direito à diferença ideopolítica*”, democratização refletida na conformação de projetos profissionais distintos: tanto os que rearticularam a perspectiva conservadora, quanto os que se contrapuseram a ela ao assumir os interesses das classes trabalhadoras.

A identificação de diferentes projetos societários e projetos profissionais pelo serviço social, a partir da consolidação da ruptura com o conservadorismo, favoreceu a renovação e a maturidade da profissão. A década de 1980 e a entrada dos anos de 1990 marcaram “a criação de um segmento diretamente vinculado à pesquisa e à produção de conhecimentos” – uma intelectualidade no serviço social brasileiro (NETTO, 1996, p. 112) influenciada pela tradição marxista que procurou elaborar uma direção estratégica para a profissão que colide com a hegemonia política que o sistema capitalista pretende consolidar. A direção estratégica está suficientemente explicitada no Código de Ética Profissional de 1993.

Essa direção estratégica para a profissão estava em conformidade com os interesses das classes trabalhadoras e, segundo Reis (2004, s/p), “avançou nos anos 80, consolidou-se nos 90 e está em construção fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora no seio da profissão na década que transcorre”.

O período histórico da gênese do Projeto Ético-Político da profissão, não coincidentemente, é o mesmo período de ascensão dos movimentos sociais e da consolidação das lutas pelos direitos sociais no país. Ou seja, o processo de redemocratização do Brasil favoreceu as críticas ao conservadorismo das propostas profissionais próprias do serviço social tradicional, no qual a construção de uma renovação crítica na profissão somente seria

possível num contexto de abertura política e através da incorporação de referências da teoria social crítica (TRINDADE, 2004).

O processo de consolidação do Projeto Ético-Político pode ser circunscrito à década de 1990, pois expressa a maturidade profissional através de dois indicadores: um relativo à normatização legal ou auto-regulação da profissão e outro relacionado à produção do conhecimento em serviço social (NETTO, 1999).

Em relação aos aspectos auto-regulatórios da profissão, a década de 1990 foi marcada por avanços significativos, sendo promulgados o novo Código de Ética do Assistente Social e a nova Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8662/93, em 1993 e a aprovação, em 1996, das novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação de serviço social.

No que se refere à produção do conhecimento em serviço social principalmente no âmbito da pós-graduação, iniciada de forma mais intensa na passagem da década de 1970 para a de 1980, esta propiciou um acúmulo teórico e o reconhecimento, pelas agências oficiais de fomento à pesquisa, do serviço social como área de produção de conhecimento. Netto (1999, p. 101) aponta que, mesmo não sendo homogênea, esta produção engendrou uma “massa crítica considerável, que permitiu a profissão estabelecer uma interlocução fecunda com as ciências sociais [...]”.

A consolidação de um Projeto Profissional como se constitui o do serviço social “se constrói na relação com projetos societários, através de seus princípios ético-políticos e ideológicos” (TRINDADE, 2004, s/p). Segundo Netto (1999), este Projeto apresenta a auto-imagem da profissão, elege valores que a legitimam socialmente, delimita e prioriza seus objetivos e funções, formula os requisitos para o exercício profissional, prescreve normas que orientam o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com os profissionais de outras áreas e com as organizações e instituições empregadoras.

Netto (1999) refere ainda que os projetos profissionais são constituídos por um sujeito coletivo que é a categoria profissional: os profissionais de campo e sua estrutura representativa através dos organismos da categoria como o Conselho Federal de Serviço Social e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS/CRESS), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO), sindicatos e associações. E este sujeito coletivo não se constitui de sujeitos iguais, ou seja, constitui-se de um universo heterogêneo, pois a “categoria profissional é uma unidade não identitária, uma unidade de elementos diversos, nela estão presentes projetos individuais e societários diversos e, portanto, ela é um espaço *plural* do qual podem surgir projetos profissionais diferentes” (NETTO, 1999, p. 96). Isso remete à questão de que, na conformação de um projeto como o do serviço social, existem posicionamentos divergentes que disputam espaço e legitimidade com a direção hegemônica.

Mas não são somente os embates internos na categoria profissional constituem o maior campo de conflito enfrentado pelo Projeto Ético-Político do serviço social, pois os conflitos externos também o são. O Projeto Profissional confronta-se com o projeto societário hegemônico de sociedade ao reconhecer a liberdade como valor central e daí o

compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente o *projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social sem dominação e / ou exploração de classe, etnia e gênero [...]* (NETTO, 1999, p. 105).

A direção do Projeto Profissional também é clara em romper com as concepções do atual projeto societário ao defender intransigentemente os direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania com vistas à garantia dos direitos sociais, civis e políticos da classe trabalhadora, o aprofundamento da democracia, a equidade e a justiça social, e ao priorizar uma nova relação com os usuários dos seus serviços, baseada no compromisso com a

qualidade dos serviços prestados à população, incluída a publicização dos recursos institucionais (CFESS, 1993).

Estes elementos dão a dimensão do quanto o Projeto Ético-Político do serviço social marca oposição ao projeto societário vigente – de caráter neoliberal. Mas, através dessa oposição, deve-se atentar para os limites e as possibilidades de realização do Projeto Profissional porque, sem as condições políticas favoráveis e de forma isolada, a categoria terá mais limites que possibilidades de consolidação dos seus ideais. Por isso, faz-se necessária a articulação com outras profissões, com os movimentos sociais da sociedade civil e sua mobilização para a participação/potencialização no controle social do Estado “na perspectiva de desenvolver uma ação educativa e conscientizadora que contribua para um ‘projeto social’ direcionado para a construção de uma sociedade dita justa e igualitária” (SILVA, 1992, p. 115), bem como o compromisso em desenvolver uma análise teórica, crítica e coerente com os princípios do Projeto Profissional.

Ao referir-se à relação entre projetos societários diversos no âmbito nacional e macrossocietário e projetos profissionais no interior da categoria, expõe-se uma questão central que se coloca ao serviço social: em meio a essa relação contraditória, entre o projeto societário hegemônico neoliberal contraposto pelo Projeto Ético-Político, como o assistente social, profissional da saúde, comprometido com a garantia desse direito de forma universal, sustenta em sua intervenção, junto à população demandante do SUS, em especial a população fronteiriça, o compromisso, a direção e os princípios do seu Projeto Profissional?

A resposta a essa questão é complexa e convoca o envolvimento de todos os profissionais de serviço social no debate, ou seja, demanda esforços tanto dos profissionais dedicados à produção do conhecimento como também, e principalmente, dos profissionais de serviço social de campo que desenvolvem sua intervenção nos serviços de saúde diretamente

com os usuários e que estão imersos na contradição entre interesses institucionais e interesses e necessidades da população demandante dos serviços de saúde.

O movimento do conjunto da categoria profissional no sentido de converter a possibilidade do Projeto Ético-Político em realidade dependerá 1) da capacidade de resposta profissional do serviço social às demandas dos usuários brasileiros e fronteiriços que buscam assistência à saúde no SUS e 2) de sua maior ou menor compatibilidade com a hegemonia política vigente (NETTO, 1996).

É importante sinalizar os debates realizados no interior da categoria profissional no sentido de dar materialidade ao Projeto Ético-Político da profissão, principalmente no período do processo de construção das diretrizes curriculares que antecederam à configuração da intervenção profissional a partir dos processos de trabalho. Para tanto, a obra de Iamamoto (2003) é tomada como referência nesse estudo por sistematizar o posicionamento da categoria em considerar “a questão social como base de fundamentação sócio-histórica do serviço social e [...] apreender a ‘prática profissional’ como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 2003, p. 57).

Recorrer à obra de Iamamoto (2003) e retomar o tema contido nela se faz necessário para apreender a intervenção profissional do serviço social a partir da categoria trabalho e não mais pelo viés da prática profissional, por entender que o trabalho é a atividade humana fundamental que mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens. Conforme Marx (1987, p. 202),

[...] trabalho é um processo em que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza [...]. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo [...] a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana.

É através do trabalho que o homem se afirma como ser social e é pelo trabalho que suas necessidades são satisfeitas, ao mesmo tempo em que outras são criadas.

A transcendência de prática para trabalho, realizada pela categoria profissional, se deve, segundo Yamamoto (2003, p. 61), ao fato de perceber e considerar a “dinâmica das instituições, das relações de poder institucional para se pensar o serviço social, assim como as políticas sociais, os movimentos e lutas sociais”. Significou incorporar o contexto societário, em seus diversos níveis (local, regional, nacional, mundial), como determinante central da intervenção profissional e não somente relacionado a ela.

O entendimento de prática profissional hoje predominante considera como seus condicionantes tanto fatores internos – que dependem do desempenho do profissional – quanto fatores externos – as circunstâncias sociais nas quais o assistente social intervém. De acordo com Yamamoto (2003, p. 94),

a prática profissional é vista como *atividade do assistente social* na relação com o usuário, os empregadores e os demais profissionais. Mas, como essa atividade é socialmente determinada, consideram-se também *as condições sociais nas quais se realiza, distintas da prática e a ela externas, ainda que nela interfiram.*

A categoria profissional, mesmo que não em sua totalidade, mas hegemonicamente, reconhece os determinantes que o contexto macrosocietário – os fatores externos – significam em termos de limites e possibilidades ao trabalho profissional nas diversas áreas de intervenção.

A mudança da prática profissional para o trabalho⁵ implica, em primeiro lugar, pensar a realização das ações profissionais dos assistentes sociais no âmbito de processos de trabalho (YAMAMOTO, 2003), e, para que haja processos de trabalho, são necessários alguns elementos constitutivos que, a partir da leitura marxista, são “1) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 1987, p 202). Em segundo lugar implica considerar que o assistente social afirma-se como trabalhador assalariado que vende

sua força de trabalho especializada aos empregadores estatais ou privados; sendo assim, não dispõe de todos os meios e condições necessárias para a efetivação de seu trabalho, já que uma parte é fornecida pelas organizações empregadoras (IAMAMOTO, 2003).

A partir dessas reflexões, Iamamoto (2003, p. 106) aponta duas implicações para a profissão. A primeira implicação é que não existe um único processo de trabalho desenvolvido pelo assistente social; fala-se em “*processos de trabalho no qual se inserem os assistentes sociais*”, pois são diversas e diferentes as instituições que demandam seu trabalho; podem ser instituições privadas, como empresas; públicas, como o trabalho desenvolvido no âmbito estatal ou ainda em Organizações Não-Governamentais (ONGs) . Por isso, destaca a importância de conhecer a instituição na qual o assistente social realiza o seu trabalho, ou seja, implica conhecer seu caráter (público ou privado) e a dimensão institucional, assumindo a perspectiva investigativa como instrumento que permite indagar e conhecer o objeto de trabalho durante o processo de trabalho. Assim, Iamamoto (2003) indica que a pesquisa e o conhecimento da realidade social, bem como o acompanhamento dos processos sociais são componentes indissociáveis da intervenção profissional.

O assistente social como trabalhador assalariado desenvolve sua ação criadora dentro das exigências e condições impostas por quem compra sua força de trabalho, e é nessas condições que se materializa a sua relativa autonomia, devido às limitações institucionais do profissional na condução de suas ações. Estas ações dependem da “competência na leitura e acompanhamento dos processos sociais assim como no estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos sociais junto aos quais atua” (IAMAMOTO, 2003, p. 97).

Dentro das instituições e entidades empregadoras, o profissional de serviço social situa seu trabalho predominantemente no campo político-ideológico, uma vez que é requisitado a intervir nas relações contraditórias que envolvem os interesses entre classes distintas. Este

⁵ Pelas leituras realizadas, é importante destacar que no texto será utilizada a expressão intervenção

trabalho pode estar voltado tanto para o controle social e a reprodução da ideologia dominante, como para a construção da cidadania, para a efetivação dos direitos sociais e para a formação de uma cultura democrática junto aos segmentos subalternizados (IAMAMOTO, 2003). Nesse sentido, o trabalho é permeado pela tensão de interesses diferenciados, antagônicos e que se refratam no terreno institucional.

Na área da saúde, para a qual se encaminhará a análise desse estudo, o assistente social tem sua intervenção permeada por esse conflito permanente estabelecido entre usuários demandantes dos seus serviços e a instituição empregadora. De um lado, no setor público, como é o caso do SUS, os recursos financeiros são declarados insuficientes, devido às restrições orçamentárias, para comportar os gastos com o atendimento de um excedente caracterizado pela população fronteiriça. De outro lado, os profissionais, diante do compromisso ético-político com a população usuária dos serviços e com a relativa autonomia técnica de que dispõem, desenvolvem e conduzem sua intervenção no sentido de garantir não somente o primeiro atendimento à saúde caracterizado pela situação emergencial, mas também sua continuidade e resolutividade dentro do sistema.

A segunda implicação apontada por Iamamoto (2003, p. 107) refere-se ao processo de trabalho no qual participa o assistente social que *“não é por ele organizado nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social”*, pois este não é construído exclusivamente pelo serviço social e com vistas aos seus objetivos enquanto profissão, ou seja, é função do empregador organizar o processo de trabalho na sua totalidade alocando as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão sociotécnica do trabalho entre o conjunto dos assalariados. Em outros termos, o assistente social participa de um processo de trabalho coletivo no qual vários outros processos de trabalho são organizados dentro de condições sociais estabelecidas, cujo produto em suas dimensões materiais e sociais é fruto do

trabalho combinado ou cooperativo (IAMAMOTO, 2003). Nas palavras de Marx (1987, p. 375), “[...] podem os trabalhadores individuais representar, como partes do trabalho total, diferentes fases do processo de trabalho, percorrida mais rapidamente pelo objeto de trabalho em virtude da cooperação⁶”.

O despertar para esses apontamentos levou o serviço social a construir e consolidar uma concepção que considera os elementos contextuais exteriores à ação profissional, vinculada aos seus papéis sócio-ocupacionais, que estão determinados pelas contradições histórico-sociais cujo elemento privilegiado nessa concepção, segundo Iamamoto (1999), é a compreensão da emergência do serviço social como profissão resultante das relações sociais, em particular o conjunto das relações de classe na sociedade capitalista.

Quanto à área da saúde, o despertar para esses elementos contextuais ocorreu de forma processual; sendo assim, interessa retomar historicamente, mesmo que de forma breve, alguns aspectos da intervenção profissional por considerar que os fatos históricos são determinantes para se entender a conformação de um Projeto Ético-Político voltado para a garantia e “afirmação dos direitos sociais dos cidadãos e cidadãs, na atenção e no respeito às suas necessidades e interesses, que por inúmeras mediações se transmutam em demandas sociais e profissionais” (IAMAMOTO, 2002, p. 15).

Para dar conta dessa tarefa, tomou-se como principal referência o trabalho de Bravo (1996), uma das produções no serviço social que discute historicamente a intervenção da categoria na saúde. O estudo tem como recorte privilegiado o período de 1964 até 1990, principalmente, porque após 1964, com o Movimento de Reconceituação, o serviço social sofreu profundas modificações que tiveram rebatimentos na ação profissional na saúde. Colaboraram também para a mudança de perspectiva da intervenção profissional as

⁶ “Chama-se cooperação a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos” (MARX, 1987, p. 374).

exigências advindas da reorganização institucional do setor saúde, caracterizada por grandes transformações nessa política pública, os movimentos sociais e a conjuntura de abertura democrática.

O serviço social, como profissão, ampliou sua intervenção na área da saúde em decorrência do aparecimento do complexo previdenciário de assistência médica, principalmente em 1966, com a estruturação do INPS.

Em 1967, a profissão foi regulamentada nos órgãos de assistência médica da previdência e, segundo Bravo (1996, p. 90), tinha as seguintes ações: “individuais, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para viabilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho”. Ressalta também a contribuição do profissional de serviço social em equipes interprofissionais, a fim de fornecer dados psicossociais para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e para participar em pesquisas médico-sociais.

A ampliação da assistência médica previdenciária tornou-se um dos campos definidos de intervenção do assistente social, o que impulsionou o processo de expansão e normatização da profissão na instituição. Com a aprovação, em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), foi criado, no nível central, o Departamento de Serviço Social. Os profissionais dessa época detinham suas ações a um padrão técnico de atendimento às necessidades de assistência médica (BRAVO, 1996).

Em 1961, no II Congresso Brasileiro de Serviço Social definiu-se “como objeto de ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença” (BRAVO, 1996, p. 91). Ainda segundo a autora, as discussões trouxeram um aspecto inovador para a ação profissional do assistente social na área da saúde que foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e

também a sinalização para o enfoque em saúde pública na prevenção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, o mercado profissional cresceu somente na atenção à saúde individual, na previdência social e não na saúde coletiva.

Na Previdência, o Plano Básico de Ações do Serviço Social delimitou a programação do serviço social na saúde, especificando os objetivos e a clientela, além de um conjunto de regras. Foram enfatizadas as seguintes ações para o assistente social:

recuperação dos segmentos incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico (BRAVO, 1996, p. 92).

Segundo a autora, o serviço social na área da saúde, recebendo influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai concentrar sua ação na prática curativa, principalmente, na assistência médica previdenciária. As ações na área da saúde pública não foram enfatizadas. Os assistentes sociais não enfatizaram o trabalho na saúde comunitária. Apenas um pequeno número de profissionais conseguiu desenvolver algumas atividades educativas em clínicas e ambulatórios. Isso permitiria uma discussão global dos determinantes das condições de saúde, como também permitiria abrir a instituição à comunidade, viabilizando a participação, tendo por suporte a gestão popular das instituições públicas.

Dentre as ações do assistente social, o trabalho com os beneficiários incorporados à previdência, visando à melhoria das condições de saúde, fez com que o serviço social sentisse a necessidade de se capacitar para atender aos novos desafios. A maior preocupação dos profissionais, na área da saúde, centrava-se no aperfeiçoamento do instrumental técnico-operativo e das funções e atribuições do assistente social. O que os profissionais não

conseguiram, entretanto, foi um maior aprofundamento teórico na análise, a fim de orientar uma intervenção mais eficaz, ficando apenas na descrição das atividades (BRAVO, 1996).

A saúde coletiva não era caracterizada como espaço de intervenção do assistente social, tanto pela instituição como pelos próprios profissionais, “a ação do serviço social na saúde continua sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares”, ou seja, uma intervenção que desenvolve ações restritas e subsidiárias (BRAVO, 1996, p. 102). É importante destacar que, nesse período, as ações profissionais dos assistentes sociais, na área da saúde, que tiveram ênfase foram as “funções terapêutica, preventiva e socializante do ‘serviço social de caso’, primordialmente. A abordagem grupal é ressaltada basicamente para a atuação com a família e a ação comunitária é apenas sinalizada” (BRAVO, 1996, p. 104).

O trabalho profissional dessa época enfatizava as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concedidos como doação e não como direitos. A dimensão educativa da intervenção profissional foi destacada através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que objetivavam o controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas desarticulados dos determinantes da questão social (BRAVO, 1996).

As alterações na política de saúde implicaram a reafirmação da subordinação da profissão às necessidades da política de dominação e controle das forças trabalhadoras, “ampliou seu campo de ação e legitimidade profissional junto às instâncias de poder institucional, pois não representava ameaça no trato da questão social, que era absorvida sem crítica” (BRAVO, 1996, p 94).

Estas alterações iniciam com a realização de alguns eventos de serviço social na área da saúde, como o I Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde realizado em 1978, em

Florianópolis, e o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais⁷, realizado em São Paulo, em 1979, que teve como tema central as políticas sociais e colocou em pauta a questão da saúde. Deste último, participaram do debate representantes do movimento sanitário, do governo, de médicos progressistas e um usuário dos serviços de saúde. Os representantes do movimento sanitário e do governo realizaram uma análise crítica da política de saúde, sendo salientadas as dicotomias entre saúde curativa e coletiva, o centralismo, o burocratismo e a privatização das ações. Como proposição destaca-se a necessidade de uma rede básica de serviços, a municipalização, a hierarquização e as ações interinstitucionais. Ao final, o debate foi insuficiente, demonstrando o desconhecimento e pouca profundidade dos assistentes sociais em relação ao tema. A discussão com os médicos progressistas e com o usuário dos serviços de saúde enfatizou a determinação social da doença, o caráter da instituição saúde na sociedade capitalista, a medicalização, e o paciente como objeto da ação dos profissionais, sendo que o debate também foi superficial (BRAVO, 1996).

A falta de um debate substancial sobre as mudanças e transformações que vinham ocorrendo na política de saúde, e principalmente sobre a determinação social da doença, explicita a concepção reduzida do conceito de saúde no interior da categoria profissional. Houve uma dificuldade, não somente dos assistentes sociais, mas de todas as categorias de profissionais de saúde, em entender que a saúde também envolve identificar e considerar o contexto em que o usuário se encontra e as dificuldades, como os aspectos político, econômico, social, cultural e ideológico, que incidem no modo de vida dos usuários que procuram atendimento à saúde.

Bravo (1996) aponta duas produções relativas à saúde nesse período: Berezovski (1977), que traz uma contribuição sob o ponto de vista administrativo, não problematizando a

⁷ Este congresso ficou conhecido como “Congresso da Virada”, quando uma vanguarda profissional destituiu a mesa de abertura do evento composta por nomes oficiais da ditadura, trocando-a por nomes advindos do movimento dos trabalhadores (REIS, 2004).

instituição hospitalar e o serviço social na realidade brasileira, e Nicoletti (1979), que, ao focar a planificação em saúde e a participação comunitária, aborda questões que também estão presentes na discussão do movimento sanitário, como o planejamento em saúde, executado pela tecnocracia, que não visualiza as causas estruturais, tendo como consequência não responder as necessidades de saúde da população.

No entanto, as propostas advindas do Movimento Sanitário não tiveram repercussão significativa no meio profissional do serviço social, sendo que os assistentes sociais continuaram a trabalhar na execução terminal da política de saúde, não buscaram participar da “elaboração das estratégias e táticas forjadas pelos representantes do ‘movimento sanitário’, de forma a nortear sua ação, ampliando-a em diversos níveis: elaboração da política, contato parlamentar, articulação sindical, produção teórica na área” (BRAVO, 1996, p. 113). Os assistentes sociais ficaram marginalizados, não participando nem sendo solicitados para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho do Estado e no processo de reelaboração da política e do setor de saúde.

Segundo Bravo (1996), dois determinantes contribuíram para essa marginalização. O primeiro, de caráter interno da profissão, que foi a necessidade dos “adeptos da vertente ‘intenção de ruptura’ de fazer um redimensionamento teórico-metodológico, numa profissão desprovida de acúmulo no domínio da elaboração e investigação [...] o que redundou na sua vinculação à universidade” (BRAVO, 1996, p. 113). Este descompasso da profissão em relação à luta pela saúde pública vem do processo de renovação pelo qual passou a profissão, mas, por ter sido um “movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o Movimento pela Reforma Sanitária” (BRAVO; MATOS 2004, p. 34). Ou seja, o debate em torno da intervenção, nesse período, ocorreu mais a nível ideopolítico e acadêmico do que na concretude de ações sobre a realidade cotidiana – foi um momento em que a

preocupação com as teorias desviou o olhar sobre a intervenção abrindo uma lacuna entre teoria e ação. O segundo, de caráter externo, diz respeito à subalternidade da profissão pela condição feminina e pela área da saúde ter como principal protagonista o médico, sendo as demais profissões consideradas paramédicas.

Mesmo assim, alguns assistentes sociais começam a se sensibilizar pelo trabalho em saúde coletiva, visualizando a importância de intervir em centros de saúde e ambulatórios, enfocando os determinantes sociais na saúde. Considerava-se necessário um embasamento teórico que contemplasse conceitos norteadores como, por exemplo, a revisão da concepção de saúde e da política social numa perspectiva histórica e totalizante. A proposição era desenvolver, nos centros e postos de saúde, um trabalho de educação popular para a saúde, ultrapassando os limites da população usuária.

Apesar dos avanços conquistados no período de abertura democrática, o serviço social continuou na execução terminal das políticas sociais. A mobilização através de seminários e encontros promovidos pelas entidades de saúde pública com o objetivo de elaborar propostas alternativas de políticas sociais de saúde não produziu eco no interior da profissão (BRAVO, 1996).

Ao mesmo tempo, nesse período os assistentes sociais procuraram se articular com as entidades da categoria para revisar sua intervenção profissional. Entretanto, os profissionais não ocuparam postos significativos no aparelho estatal, e as experiências em estados e municípios eram incipientes; mesmo assim, contribuíram com a politização da saúde através dos fóruns de discussão e dos trabalhos efetuados nas instituições e junto aos movimentos populares.

Em resumo, historicamente a intervenção do serviço social na área da saúde desenvolveu-se no âmbito curativo, com uma abordagem predominantemente individual e psicologizante, através do serviço social de caso, mediante uma intervenção com vistas à

saúde como doação/favor e não como direito e centralizando-se na dimensão técnico-operativa, com o desenvolvimento do instrumental interventivo sem a preocupação com os aspectos teórico-metodológicos.

Já a preocupação com a área da saúde enquanto uma questão política se estabeleceu no final dos anos de 1980 e início da década de 1990, quando o contexto de mudanças institucionais da política de saúde abre espaço a outros sujeitos profissionais, dentre eles os assistentes sociais, que são chamados a compor não somente a execução, mas também o gerenciamento dessa política – campo, até então, quase exclusivo dos profissionais médicos e dentistas. Este momento caracteriza a ampliação da inserção profissional do serviço social no processo de gerenciamento do SUS (MENDES, 1993).

Esta inserção ocorreu, de modo geral, com todas as políticas sociais, em especial aquelas que compõem o tripé da seguridade social – previdência social, saúde e assistência social. Segundo Boschetti (2004) e pelo que foi apontado até o momento na área da saúde, a relação do serviço social com as políticas de seguridade social não é recente, tendo sido estabelecida antes da sua institucionalização na Constituição Federal de 1988, seja pela via da intervenção profissional nessas áreas, seja pelas análises e produções teóricas referentes à temática, ou pela participação dos assistentes sociais e das entidades representativas nos movimentos de defesa dos direitos sociais e do Estado democrático. Destaca-se a luta da categoria profissional, a partir da conformação do seu Projeto Ético-Político, na defesa de uma concepção de seguridade social em contraposição à concepção restrita de direitos sociais vinculada, por exemplo, às possibilidades financeiras de efetivação das políticas sociais em áreas setoriais impostas pela reforma do Estado.

A direção de uma concepção universal de saúde estendida de forma equitativa a todos os cidadãos assim como a defesa de uma seguridade social pública onde as políticas de

previdência e assistência social passam a ser universais advêm de um amadurecimento no interior da profissão acerca da construção e consolidação do Projeto Ético-Político.

1.3 O Projeto de Reforma Sanitária – referência à intervenção do assistente social

O serviço social reconheceu internamente, como categoria, a defesa estratégica do SUS a partir de meados da década de 1990 (MATOS, 2000). Este reconhecimento transcende a dimensão técnico-operativa da intervenção profissional e se expressa pela crescente discussão do tema saúde, na profissão, nos anos de 1990, o que sinaliza uma mudança na perspectiva de trabalho dos assistentes sociais na área. Significa dizer que as ações profissionais assumem um caráter ético-político, diferentemente do período anterior até o final da década de 1980, no qual as ações profissionais se caracterizaram muito pela preocupação com a dimensão técnico-operativa, sendo reduzidas a modelos desarticulados dos determinantes da questão social e marcadas pelo não aprofundamento teórico da discussão da questão da saúde.

Essa mudança na perspectiva de trabalho é demonstrada a partir da sistematização da discussão do serviço social na área da saúde; segundo Matos (2000), na década de 1990 houve diversas publicações de artigos na *Revista Serviço Social e Sociedade*; várias apresentações de trabalhos sobre o tema em todos os congressos que envolveram o serviço social; a publicação do livro de Bravo (1996) e o surgimento das revistas temáticas em serviço social e saúde – *Revista Serviço Social Hospitalar* (Hospital das Clínicas da USP – 1994) e *Revista Superando Desafios* (Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ – 1997). Matos (2000) aponta ainda que o crescimento da discussão sobre a saúde nos cursos de pós-graduação (mestrado e

doutorado) em serviço social e do debate da saúde em eventos da categoria, como foi o caso do I Encontro Nacional de Saúde e Serviço Social, em 1994, Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), em 1996 e 1998, e o I Encontro sobre Serviço Social na esfera da Seguridade Social no Brasil, em 1997.

Segundo Matos (2000), o assistente social no SUS intervém, principalmente, dentro de duas frentes importantes que colaboram com a efetivação e consolidação do sistema: no controle social, fortalecendo a organização política e as lutas dos movimentos populares da área, e nas ações e serviços de saúde através da busca pela sua democratização e universalização. Porém, o reconhecimento e a opção por uma intervenção caracterizada por estas frentes não isentam a profissão do enfrentamento de outros obstáculos que, segundo Bravo e Matos (2004; 2001), refletem na saúde dois projetos políticos distintos: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária⁸ ganhou fôlego a partir do contexto político de falência financeira do modelo privatista dos anos de 1970, de falência do regime ditatorial e do início do processo de transição à democracia. Este Projeto, iniciado em meados da década de 1970, ganha destaque na relação Estado-sociedade civil, tendo como liderança intelectual e política o chamado Movimento Sanitário. Segundo Gerschman (1995, p. 41), “tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde [...] que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política na área da saúde”.

O Movimento Sanitário exerceu influência principalmente no âmbito acadêmico, caracterizando-se como orientador do processo de reformulação do sistema de saúde. Desempenhou importante papel junto aos organismos internacionais, como a OPAS, e em

⁸ Tratar-se-á de forma mais aprofundada, no corrente texto, sobre o Projeto de Reforma Sanitária pela importância que essa discussão tem para a saúde e para o serviço social. Em relação ao Projeto Privatista não se deterá na mesma proporção por entender que o Capítulo II desse trabalho contemplará essa discussão.

experiências alternativas de saúde que foram desenvolvidas em algumas cidades brasileiras na década de 1970. Ocupou também importantes espaços nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, estadual e municipal, no período de transição democrática.

A Reforma Sanitária sustentou-se numa ampla crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, como também na afirmação da relação entre organização social, dos serviços de saúde e da prática médica, tendo a determinação social da doença como fundamento para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2002). Sustentou a crítica ao modelo de saúde vigente, baseado no crescimento do setor privado às custas do setor público, ou seja, o setor privado sendo financiado pelo setor público, o que, conseqüentemente, ocasionou a falência e crise deste último.

Intensificam-se estas críticas, e em 1980 o Ministério da Saúde convoca e organiza a VII Conferência Nacional de Saúde tendo como tema os Serviços Básicos de Saúde. Mesmo sem a participação popular no evento e com um plenário restrito aos técnicos da área e alguns nomes expressivos da medicina, a discussão permitiu uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional, do modelo de atenção à saúde e o anúncio, por parte do governo federal, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

O Movimento Sanitário continuou crescendo, mas foi em 1986 que a proposta de ampliação e reorientação do sistema de saúde para um sistema calcado na universalização do direito à saúde e em um sistema racional de natureza pública, descentralizado e democrático, com a participação da comunidade, adquire expressão máxima.

A VIII Conferência Nacional de Saúde discutiu a situação de saúde do país e aprovou, em seu relatório final, mudanças no setor de saúde de forma a torná-lo acessível, democrático, universal e eqüitativo. Estas mudanças passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária que, em 1987, foi levado à Assembléia Constituinte para ser debatido, juntamente com outras

propostas, o que seria inscrito mais tarde na Constituição Federal de 1988 na parte que trata sobre a política de saúde.

A VIII Conferência difere das anteriores por duas características principais: primeira, por seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados representativos de todas as forças sociais interessadas na questão da saúde e, segunda, pela sua dinâmica processual iniciada pelas conferências municipais, pelas estaduais, até chegar ao âmbito nacional. Além disso, a VIII Conferência se constituiu em um importante marco quanto à concepção do direito à saúde, que significou a ampliação da concepção deste ao relacioná-lo às condições de vida:

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 118-119).

Para efetivar essas mudanças, as políticas de saúde encaminhadas pelo Projeto de Reforma Sanitária, segundo Gerschman (1995, p. 42), foram: “criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público; descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde; participação e controle da população na regionalização dos serviços; readequação financeira do setor de saúde”.

Os embates em torno da necessidade de alteração do sistema de saúde se tornaram mais aguçados, fazendo com que os interesses das diversas facções em um mesmo campo ideológico se aglutinassem. O debate centrou-se entre privatistas e reformistas, tendo se estabelecido durante todo o período pré-constitucional, com intensa mobilização da vanguarda relacionada ao setor, buscando construir uma direção hegemônica em relação ao novo modelo de atenção à saúde.

O Projeto de Reforma Sanitária, ainda hegemônico, tem enfrentando ferrenhos ataques do projeto neoliberal, embate que redimensiona as demandas para o assistente social:

a construção de um novo modelo de gestão; o estabelecimento da articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (MATOS, 2000; 2003; BRAVO; MATOS, 2004).

Já o Projeto Privatista de saúde, articulado ao Projeto Neoliberal, caracteriza-se principalmente pelas tendências de contenção de gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização do atendimento em saúde, como será apontado no capítulo II deste trabalho. Na atualidade, este Projeto vem direcionando, cada vez mais, esforços para o desmantelamento do SUS enquanto política pública proposta pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Segundo Gastão Wagner Campos (2005)⁹, hoje estão em curso pelo menos três “linhas de força” contrárias ao SUS: a primeira refere-se ao contexto desfavorável à distribuição de renda; a segunda seria a reapropriação privada do gasto com as políticas públicas; e a terceira constitui-se da cooptação de parte do Movimento Sanitário pelo realismo/pragmatismo de governo. Porém, o autor acredita que o desmantelamento do sistema público de saúde brasileiro sofre com as investidas do Projeto Privatista, mas que há alguns fatores que ainda resistem e contribuem para a manutenção do Sistema. Trata-se de fatores particulares dessa política pública e que explicam, em parte, sua resistência às reformas feitas pelo Estado nas políticas setoriais:

- alto nível de institucionalização do SUS, que implica a grande estrutura/capacidade instalada do sistema em funcionamento que contribui para o reconhecimento social da sua necessidade;

⁹ Anotações realizadas da palestra intitulada “Política de Saúde no Brasil, cenários para os próximos anos da década”, proferida no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Desafios da Fragilidade da Vida na Sociedade Contemporânea, realizado em Florianópolis, entre os dias 09 e 13 de julho de 2005.

- crescente importância da Saúde na agenda pública como um dos temas mais importantes e centrais das propostas de governo nas últimas eleições;
- relativa preservação do Movimento Sanitário (intelectuais e pesquisadores), de eventos na área de saúde nos diversos âmbitos e de movimentos sociais comprometidos com a luta pela saúde coletiva.

A tentativa de desmantelamento do projeto de saúde materializado no SUS pelo Projeto Privatista passa ainda pela estratégia de projetos de intervenção profissional para as diferentes profissões da área. Nesta perspectiva, no que se refere ao trabalho do assistente social, vem-se requisitando: seleção socioeconômica dos usuários, tendo em vista sua exclusão da assistência à saúde; intervenção psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; inovações gerenciais articuladas às técnicas de auto-ajuda que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos (MATOS, 2000; 2003; BRAVO; MATOS, 2004).

É neste cenário de tensão entre a garantia do direito universal à saúde – em conformidade com os princípios do Projeto Ético-Político e com o Projeto de Reforma Sanitária – e a ofensiva neoliberal – representada pelo Projeto Privatista – que o assistente social intervém. Estes dois projetos societários constituem-se como referência para compreender se o profissional de serviço social está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários, pois a intervenção irá ser materializada em consonância com um desses projetos, uma vez que as condições para a garantia do direito à saúde encontram-se, em grande parte, “no campo das práticas profissionais e das relações no cotidiano dos serviços de saúde [...]” (ZUCO; CAVALCANTI, 2002, p. 286).

É neste campo conflituoso que os assistentes sociais vão materializar o Projeto Profissional que, através da sua dimensão operativa, expressa a dimensão política, interventiva do seu trabalho (TRINDADE, 2004). Assim as ações profissionais do assistente social no contexto da saúde são permeadas pelos embates entre o direito à saúde dos usuários brasileiros, dos usuários estrangeiros e as normas institucionais que configuram esse direito.

Nesse sentido, a intervenção profissional nos marcos da atual política de saúde deve caracterizar-se pelo domínio do referencial teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, do saber das políticas públicas e de sua articulação com a política específica de saúde; do conhecimento da realidade cotidiana e das necessidades em saúde dos usuários demandantes dos serviços; do conhecimento da legislação em saúde dos usuários estrangeiros que utilizam o SUS referente aos seus direitos e deveres.

Essa gama de requisições e exigências deve conformar como produto final do trabalho do assistente social a garantia do direito à saúde dos usuários do SUS, entendida como produto de um trabalho coletivo, pois o assistente social intervém em relação com outros profissionais de saúde, sujeitos do sistema que possuem e defendem ideologias e projetos societários e profissionais diferentes, podendo se contrapor ao Projeto Profissional dos assistentes sociais. Significa dizer que há uma disputa ideológica pela direção dos serviços e ações em saúde, que se reflete na direção dada a esse direito, uma vez que, como sujeitos coletivos, cada categoria profissional, ao afirmar valores, deveres, direitos, objetivos e funções num código de ética, explicita para a sociedade um determinado projeto profissional, que se reflete no trabalho em saúde, articulado a projetos societários (VASCONCELOS, 2004).

Entende-se que o assistente social, na perspectiva de realização de um trabalho em consonância com o Projeto Ético-Político da Profissão e com o Projeto de Reforma Sanitária, busque uma ação articulada com outros segmentos que defendem o SUS, buscando construir

tecnologias de inclusão social para a população usuária, ou seja, construir estratégias que efetivem o direito social à saúde na perspectiva do atual Projeto Ético-Político da Profissão.

2 O DIREITO À SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE E A AGENDA PARA A INTEGRAÇÃO DO SETOR NO MERCOSUL – O CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

2.1 Cidadania e direitos: o início do debate

A discussão da cidadania e dos direitos, em especial dos direitos sociais, no contexto do atual sistema capitalista, ao mesmo tempo em que é uma necessidade também é um desafio, haja vista, que os princípios e diretrizes fundantes das concepções de direitos e políticas sociais públicas estão submetidos ao projeto neoliberal.

A constante luta pela ampliação da cidadania, ou seja, pela transformação do seu conteúdo e de todos os segmentos da população em reais cidadãos, faz parte, cada vez mais, do conflito social típico da época moderna. Este conflito complexificado, carregado de sentidos e intenções do processo de globalização que se tornou simultaneamente mais agudo e mais sutil, nem sempre mais violento, mas certamente mais contundente e mais prejudicial para os que já são discriminados ou marginalizados (NOGUEIRA, 2001).

O conflito social que se trava no âmbito da sociedade capitalista, na intenção de ampliar e consolidar a cidadania e os direitos sociais antecede a contemporaneidade, principalmente, porque a introdução dos direitos sociais como enunciadores da relação entre Estado e sociedade está vinculado a um projeto de Estado Social que dê conta de garanti-los quer pela legislação, quer pelo provimento de serviços e de renda complementar (COUTO, 2003; MACPHERSON, 1991). Ou seja, de um Estado que intervenha no sentido de incorporar, ampliar e, acima, de tudo efetivar, através de políticas públicas de proteção

social¹⁰, as reivindicações advindas das lutas sociais, das necessidades sociais dos trabalhadores, geradas na relação contraditória entre capital e trabalho.

No entanto, a luta pela cidadania e pelos direitos não transcorre de maneira linear no tempo da sociedade. Os direitos começam a ser definidos a partir dos séculos XVII e XVIII na luta contra o absolutismo. A institucionalização dos direitos se deu num processo construído historicamente decorrente, principalmente, da Revolução Francesa, que, na luta pela queda do Estado absolutista, trouxe uma nova concepção de Estado, ou seja, um Estado regulamentado por leis, onde não prevalecessem os desejos e vontades dos homens. Caracteriza-se o moderno Estado de direito¹¹, que, num primeiro momento, surge a fim de consolidar o poder da burguesia, por estabelecer uma divisão de poderes em que o Estado se orientou prioritariamente para a liberdade econômica.

Surge um Estado em que a garantia dos direitos restringe-se a afiançar os direitos civis, prioritariamente os da propriedade privada, ou seja, é a concretização do Estado capitalista e das idéias do pensamento liberal.

¹⁰ Segundo Pereira (2002, p. 16), “proteção social é um conceito amplo que, desde meados do século XX, engloba a *seguridade social* (ou *segurança social*), o *asseguramento* ou *garantias* à seguridade e *políticas sociais*. A primeira constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguramento identifica-se com as regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros”. Dentre os diversos enfoques quanto ao estudo da proteção social, Viana (2005, p. 07) corrobora assinalando que “os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. [...] que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa a resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez e desemprego e exclusão (por renda, sexo, etnia, cultura, etc.)”.

¹¹ “No Estado de direito, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos” (BOBBIO, 1992, p. 61). O mesmo autor caracteriza o Estado de direito pelo reconhecimento e ampliação dos direitos do homem da esfera das relações econômicas interpessoais para as relações de poder entre príncipe e súditos quando nascem os chamados direitos públicos subjetivos. Evaldo Vieira (1992) define o Estado de direito a partir de alguns princípios: o império da lei, a divisão de poderes, a legalidade e a garantia dos direitos e liberdades fundamentais. O Estado de direito não se realiza apenas com a garantia jurídica formal desses direitos e liberdades, mas também reclama a presença de mecanismos socioeconômicos com a finalidade de concretizar esses direitos.

Marshall (1967), num texto clássico de referência às ciências sociais, sintetiza a trajetória cronológica em que foram se estabelecendo os direitos. Em uma análise histórica do caso da Inglaterra, mostra que os direitos integrantes da condição de cidadão acompanham a própria constituição da sociedade de mercado ao demandar novas formas de integração social. Sendo assim, a cidadania é entendida a partir de três tipos de direitos: o elemento civil da cidadania estabelecido no século XVIII, isto é, **os direitos civis** nos quais se garantiu “a liberdade de ir e vir, liberdade de concluir contratos válidos e o direito à justiça”; em decorrência do desenvolvimento dos direitos civis, no século XIX, surgiram os **direitos políticos** – “o direito de participar no exercício do poder político tanto no que se refere ao direito de votar quanto ao de ser votado” e culmina-se no século XX com a conquista dos **direitos sociais** – entendidos aqui como a garantia tanto à liberdade quanto à emancipação da vida humana na perspectiva de um mínimo de bem-estar econômico e social (MARSHALL, 1967, p. 63-64).

Lavalle (2003) considera a concepção de cidadania desenvolvida por Marshall como a concepção mais influente da cidadania moderna, ou seja, o avanço de sua análise consiste no estabelecimento das características constitutivas da cidadania moderna:

i) *universalidade da cidadania*: atribuição de um *status* elaborado em termos de direitos universais para categorias sociais formalmente definidas [...]; ii) *territorialização da cidadania*: assunção do território como critério horizontal a delimitar a abrangência desse *status*, em substituição dos princípios corporativos; iii) *princípio prebliscitário da cidadania ou individualização da cidadania*: generalização dos vínculos diretos entre o indivíduo e o Estado como forma legítima de reconhecimento e subordinação política [...]; iv) *índole estatal-nacional da cidadania*: existência de um vínculo constitutivo entre a cidadania e a identificação e a edificação do Estado-nação; entre o território e um poder centralizado único, de um lado, e, do outro, entre a população constitutiva como comunidade política e o Estado enquanto encarnação presuntiva dessa comunidade concebida em termos culturais ou de identidade nacional (LAVALLE, 2003, p. 77-78).

Esses quatro elementos sustentaram o desenvolvimento de uma cidadania moderna calcada num *status* concedido aos indivíduos que são membros de determinada comunidade,

definida territorialmente nos limites do país, composta de classes sociais em situação de desigualdade e relacionada a um Estado centralizador do poder. No entanto, o autor reconhece algumas das fragilidades dessa concepção, principalmente quanto à simplificação do surgimento dos direitos nas sociedades modernas em três elementos indevidamente homogêneos, assim como sua trajetória linear e evolucionista dada nas sociedades européias. Aponta também para a ausência de formulações quanto ao papel desse *status* sociopolítico moderno dentro da legítima dominação do Estado-nação e pela escassa atenção prestada ao conflito social no reconhecimento de novos direitos (LAVALLE, 2003).

A sistematização, em termos cronológicos, realizada por Marshall, referente ao estabelecimento dos direitos, não pode ser analisada como um dado estanque, de evolução linear, nem generalizada a todos os Estados nacionais. O processo de constituição dos direitos somente faz sentido se analisado à luz da historicidade, das transformações das condições econômicas e sociais. Segundo Nogueira (2001), os direitos e a cidadania foram sendo afirmados como exigências dos tempos e, por serem históricos, são mutáveis, suscetíveis de modificações, não tendo, portanto, nenhuma evolução natural. Os direitos e, por conseguinte, a cidadania possuem um caráter histórico por serem formulados, demandados, em um dado momento histórico determinado por classes ou grupos sociais (COUTINHO, 2000).

A concepção de cidadania marshalliana, segundo Nogueira (2002), vem sendo denominada de passiva pela ausência ou irrelevância da participação dos sujeitos na vida pública para sua obtenção, ou seja, os sujeitos de determinada comunidade política têm sua participação anulada na análise do processo de reivindicação e garantia de seus direitos; há uma linearidade, passividade, como se os sujeitos estivessem alheios ao processo histórico.

Para fins desse estudo, considera-se o conceito de cidadania numa outra perspectiva, de uma “nova cidadania”, segundo o que propõem as reflexões de Dagnino (2004). A autora destaca duas dimensões que presidem a emergência dessa nova noção de cidadania. A

primeira delas é a sua derivação e conseqüente ligação às experiências concretas dos movimentos sociais na luta por direitos, tanto o direito à igualdade como o direito à diferença; a segunda dimensão é a ênfase maior na construção, extensão e aprofundamento da democracia. Essas duas dimensões sugerem um conceito ampliado de cidadania, de transcendência de um conjunto de direitos e deveres, com a incorporação da participação ativa dos sujeitos de direito, dos cidadãos, a partir de um sentimento de pertencimento a uma comunidade política – ou seja, uma cidadania ativa, plena e não passiva.

Dagnino (2004) define, em termos teóricos e conceituais, a concepção de *nova* cidadania. Primeiramente há uma redefinição da idéia de *direitos* cujo ponto de partida é a concepção de um *direito a ter direitos*, ou seja, uma concepção que transcende as conquistas legais/formais, previamente definidas, que inclui a criação de novos direitos emergentes das lutas específicas, não somente o direito à igualdade, mas o direito à diferença. Por conseqüência, essa redefinição da idéia de direitos requer a participação de sujeitos sociais ativos, que definam o que consideram ser seus direitos e lutam por seu reconhecimento.

Esses dois pressupostos teóricos da nova cidadania apontam também para uma mudança na relação entre indivíduo e Estado fortalecendo a sociedade civil. O plano no qual se estabelecem essas novas relações deixa de ser inatingível e se torna um plano mais concreto na busca de espaços, pelos setores populares e suas organizações, para a participação efetiva na gestão das políticas públicas a partir de um sentimento de pertencimento ao sistema político, de direito de participação, de definir aquilo no qual se quer ser incluído. E, por fim, como conseqüência desse contexto de mudanças teórico-conceituais, que pressupõe a nova concepção de cidadania, pode-se constituir um quadro de referência complexo e aberto para dar conta da diversidade de questões emergentes nas sociedades latino-americanas: da igualdade à diferença (DAGNINO, 2004).

E justamente a diversidade de questões emergentes na sociedade contemporânea é o diferencial incorporado pela concepção de cidadania tratada até o momento, diferentemente da concepção de cidadania liberal, ou seja, a nova cidadania é capaz de incorporar tanto a noção de igualdade como a da diferença. O conteúdo da cidadania e dos direitos mantém uma relação estreita com as lutas políticas dos movimentos sociais, sendo, portanto, definido por essas lutas e pela incorporação da dimensão subjetiva, das aspirações, dos desejos e dos interesses desses mesmos. Entretanto, vale ressaltar que alguns fatores ligados à diversidade podem assumir conotação de desigualdade em virtude das relações sociais existentes (ALMEIDA, 2000). Para que isso não ocorra, há de se trabalhar para que a afirmação da diferença esteja “ligada à reivindicação de que ela possa ser vivida sem que isso signifique, sem que tenha como consequência, o tratamento desigual, a discriminação” (DAGNINO, 2004, p. 114).

A discussão de um conceito de cidadania que incorpore a diversidade e a diferença pressupõe, mesmo que rapidamente, falar em equidade. Segundo Escorel (2005, p. 02), “equidade é a introdução da diferença no espaço de igualdade e é parte do processo histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados”. Contemporaneamente, a idéia de equidade surge associada às minorias, a grupos minoritários como, por exemplo, povos indígenas, grupos étnicos, etc. e, por conseguinte, ao reconhecimento da diversidade e da pluralidade da condição humana.

A concepção de nova cidadania pressupõe a emergência de novos direitos, além daquele conjunto de direitos apontado por Marshall, direitos que em épocas anteriores não poderiam ser previstos ou imaginados e que na atualidade refletem as mudanças da sociedade, do desenvolvimento tecnológico, das condições socioeconômicas, geradoras de novas necessidades materiais, por exemplo. Mas pressupõe, também, a constituição de sujeitos sociais numa coletividade, a partir do sentimento de pertencimento a uma comunidade

política, como assinalado anteriormente, pois, segundo Bobbio (1992), se se reconhece um sujeito ativo nessa relação, esse não é o indivíduo singular e sim o povo em sua totalidade.

Em relação às mutações históricas dos direitos do homem ocorridas em consequência das mutações sofridas pela sociedade recorre-se, principalmente, à conhecida obra de Norberto Bobbio (1992), *A Era dos Direitos*, onde este chama de direitos de *primeira geração* os direitos civis e políticos. Os primeiros estão ligados às liberdades individuais, e os segundos à liberdade ativa, à liberdade de participar politicamente e interferir nos negócios do Estado. Também Macpherson (1991, p. 40) aborda as duas categorias de direitos nas suas diferenças lógicas: “Os direitos civis são principalmente *contra* o Estado, isso é, reivindicam liberdades individuais que o Estado não pode invadir. Os direitos políticos são direitos de participar do *controle* do Estado”.

Contudo, há também a necessidade de mencionar a discussão em relação aos direitos e a cidadania realizada por Marx na obra *A Questão Judaica*, em 1843, onde demonstrou a ilusão proporcionada pela sociedade burguesa através da igualdade jurídica expressa pelas declarações dos séculos XVIII e XIX, denunciando que a liberdade e a igualdade defendidas ali eram ilusórias.

Segundo Marx (1969), os direitos humanos, ao contrário dos direitos do cidadão, não são mais do que os direitos dos membros da sociedade burguesa, ou seja, do homem egoísta, separado do homem e da sociedade. Os direitos humanos não são dados pela natureza, mas são resultados da “luta contra os privilégios que a história, até então, vinha transmitindo hereditariamente de geração em geração. São resultados da cultura, só possuí-los aquele que os souber adquirir e merecê-los” (MARX, 1969, p. 38). Na verdade Marx se refere à luta contra a dissolução da velha sociedade onde estava o Estado alienador, a luta contra a sociedade senhoril, o feudalismo, que mantinha os direitos como privilégio dos detentores do

poder, que para isso contavam com o Estado, baseado na religião cristã que lhes concedia, pelo poder divino, o poder de governar todos os servos.

A contínua luta pelos direitos e a tomada do poder pelos burgueses na Revolução Francesa trouxeram a divisão entre os direitos do homem, os direitos do cidadão e os direitos civis, porque eram os homens, e não os cidadãos, que faziam parte da sociedade burguesa, homens estes separados da comunidade, separados de outros homens. Esta característica do individualismo vai aparecer também na aplicação efetiva dos direitos, pois para Marx (1969) o problema das declarações da época está em tornar naturais os direitos de igualdade, liberdade, segurança e propriedade, como se estes direitos se estendessem linearmente a todos os homens. Marx (1969) aponta ainda para uma nova conotação: o direito de liberdade está no “direito de fazer e empreender tudo aquilo que não prejudique aos outros”; o direito à propriedade é o “direito de desfrutar de seu patrimônio e dele dispor arbitrariamente, sem atender aos demais homens, independentemente da sociedade, e do direito de interesse pessoal”; quanto à igualdade, é “a igualdade de liberdade quando *todo* homem se considera igual, como um mônada presa a si mesmo”; e “a segurança é o conceito supremo da sociedade burguesa, o conceito da polícia [...] não faz com que a sociedade burguesa se sobreponha ao seu egoísmo [...] pelo contrário é a preservação deste [...] é a proteção conferida pela sociedade a cada um de seus membros para a conservação de sua pessoa, de seus direitos, de suas propriedades” (MARX, 1969, p. 42-44).

Marx (1969) refere que o egoísmo do homem burguês ultrapassa todos os direitos, é o direito do interesse pessoal, do indivíduo voltado para si mesmo, que faz com que o único motivo de coesão entre os membros desta sociedade seja a necessidade e o interesse pessoal na “conservação de suas propriedades e de suas individualidades egoístas” (MARX, 1969, p. 45). Com isso, Marx (1969) demonstra o caráter ideológico das declarações estabelecidas nos séculos XVIII e XIX que surgem para consolidar os interesses da burguesia, agora no poder,

em detrimento do antigo regime feudal. Assim sendo, a discussão preconizada na Revolução Francesa não se esgota, visto que há um movimento histórico no sentido de que com as novas gerações surgem novas necessidades, e, em decorrência, novos direitos acabam por ser reivindicados.

Assim sendo, no século XX consolida-se o que Bobbio (1992) chama de direitos de *segunda geração* – os direitos sociais decorrentes das lutas sociais pela classe trabalhadora no interior do Estado capitalista que implicam uma ampliação da noção de igualdade, passando de uma igualdade formal para uma igualdade na apropriação da riqueza social. Segundo o autor, os direitos sociais estão associados aos carecimentos humanos em termos de saúde, educação, trabalho, vida digna, moradia, entre outros.

Segundo Nogueira (2001), a novidade é a reivindicação, como direito, da ação estatal direcionada para melhorar as condições de vida da população e reduzir as desigualdades sociais. Com a consolidação do capitalismo, com o avanço da industrialização, na relação contraditória entre as demandas do capital e as dos trabalhadores, da socialização política e da democracia, criaram-se condições objetivas para as reivindicações operárias que cresceram e passaram a impulsionar a intervenção do Estado na vida econômica e social.

Assim como os direitos e a cidadania, também as políticas de proteção social no sistema capitalista são fruto das relações estabelecidas entre capital e trabalho, constituindo-se em políticas formuladas a partir das lutas sociais dos trabalhadores no sentido de atender ao conjunto de riscos sociais e de manter a reprodução da força de trabalho.

Por fim, Bobbio (1992) assinala a emergência, ao lado dos direitos de *segunda geração*, dos direitos de *terceira e quarta geração*. Os primeiros referem ao direito de viver num ambiente não poluído, às questões ambientais, e os segundos aos efeitos das pesquisas biológicas que permitirão/permitem manipulação do patrimônio genético dos indivíduos. O autor aponta, na verdade, para a multiplicação dos direitos do homem decorrente do aumento

da quantidade de bens considerados merecedores de tutela, da extensão da titularidade de alguns direitos e do fato de o homem não ser mais considerado como ente genérico e sim específico, visto na diversidade de seus diversos *status* sociais, das diversas maneiras de ser em sociedade, como criança, velho, doente, etc.

2.2 O Mercosul e o desafio da articulação na perspectiva da integração regional: a cidadania e os direitos com isso?

Tratar de cidadania e direitos no âmbito de um acordo fundamentalmente econômico como o Mercosul, que visa a instrumentos para o avanço da integração regional requer outra perspectiva analítica sobre estas duas categorias. A discussão realizada até o momento não é suficiente para a proposição de alternativas ao estabelecimento de novos direitos e políticas sociais públicas em saúde na região das fronteiras do Mercosul justamente por não considerar as fronteiras como um espaço onde se estabelecem relações sociais entre povos com culturas, contexto social e econômico, legislações, sistema e necessidades de saúde diferentes. Nesse sentido, apontam-se quatro elementos que sinalizam a direção da discussão da cidadania e dos direitos nas fronteiras.

O primeiro elemento refere-se ao conceito de cidadania nacional, que, simultaneamente à evolução dinâmica e singular dos processos de regionalismo e de globalização, mesmo voltados prioritariamente aos aspectos econômicos,

deve mundializar-se – transcender os âmbitos e os limites do Estado e da nacionalidade – *jus soli e jus sanguinis* – alargando-se rumo à dimensão transnacional, projetando tanto um novo tipo de cidadania – a cidadania mundial – como um novo tipo de cidadão – o cidadão do mundo – o homem histórico e real e que vive dentro dessa contemporaneidade (JÚNIOR; OLIVEIRA, 2003, p. 13).

No período histórico de constituição dos direitos de cidadania, assinalado por Marshall, Júnior e Oliveira (2003, p. 14) destacam que a “cidadania é constituída por um conjunto de direitos formais, promulgados por lei, garantidos e implementados pelo Estado, estabelecendo-se, dessa forma, uma relação entre o cidadão e a unidade estatal no que concerne a direitos e obrigações”.

A relação cidadão – Estado-nação remete obrigatoriamente a relação cidadania – nacionalidade, em que, através de um conjunto de práticas políticas, sociais, culturais e econômicas, considera-se o “indivíduo como cidadão e membro de uma comunidade, apresentando como característica essencial a vontade de pertencer a essa coletividade” (JÚNIOR; OLIVEIRA, 2003, p. 14) e nessa comunidade política compartilhar crenças, língua, costumes, tradições, valores de sua identidade.

A dimensão da nacionalidade, do pertencimento a uma comunidade política, passou a determinar a instituição da cidadania, ou seja, a nacionalidade constitui-se num critério homogêneo para o Estado-nação considerar que, por serem “indivíduos nacionais, pertenceriam eles ao território de um Estado-nação e, assim, os cidadãos teriam que ser nacionais e os direitos de cidadania seriam exercidos no âmbito interno desse Estado-nação” (JÚNIOR; OLIVEIRA, 2003, p. 15). Ou seja, a ligação da nacionalidade com o Estado-nação alicerçou o conceito tradicional de cidadania – denominada cidadania nacional, o termo nacionalidade é usado para indicar a pertinência de uma pessoa a um determinado Estado (BALLARINO, 2003).

Segundo Ballarino (2003, p. 85), a cidadania se apresenta num triplo valor:

- a) vínculo de pertinência ao Estado [...];
- b) meio para determinar a lei reguladora do estatuto pessoal aos indivíduos e a disciplina de outras relações relativas ao direito privado, como as familiares e as sucessórias *causa mortis*;
- c) o título de participação na vida do Estado (exercício de direitos políticos, acesso aos cargos públicos e profissões regulamentadas por lei).

O conceito de cidadania é ampliado após a Segunda Guerra Mundial, com o crescente dinamismo econômico, com o fortalecimento do regionalismo e com a criação de instituições supranacionais. Exemplo disso é o progresso da cooperação política estabelecida na União Européia que determinou o surgimento de realidades nas quais a cidadania perde seu valor exclusivo em favor da pertinência a uma União (BALLARINO, 2003). Júnior e Oliveira (2003, p. 15) destacam que essa “nova” forma de cidadania regional, com a característica de ser ampliada, derivou desse exponencial processo de integração econômica européia. A cidadania regional é uma “cidadania superposta, complementar, uma dupla cidadania, porque não substitui a cidadania dos nacionais dos Estados-membros”.

Com o avanço do regionalismo e a especificidade do artifício supranacional, [...] e, ao estender-se aos ordenamentos jurídicos dos Estados-membros, vincula-os através de transferências de suas soberanias que, articulando relações entre as Comunidades Européias, suas instituições e o direito comunitário, de um lado, e o direito interno – nacional – os Estados-membros e seus particulares, de outro, abre perspectiva nova e *sui generis* à cidadania, onde a supranacionalidade vem conferir-lhe uma segunda identidade, que não substitui nem suprime a primeira, ou melhor dizendo, a cidadania nacional do cidadão comunitário. Trata-se de uma cidadania adicional, uma segunda plataforma (JÚNIOR; OLIVEIRA, 2003, p. 16).

O cenário mundial globalizado e o desafio de promover a articulação das nações através do regionalismo, tendo como expressão os acordos firmados nos blocos econômicos, trazem a necessidade da passagem do conceito de cidadania nacional para a cidadania regional ou mundial, isto é, com o declínio do Estado-nação, suplantado por outros atores ou pela perda de seu poder de interlocução, a nível global, com o capital transnacional, estabelece-se o deslocamento deste conceito de cidadania nacional para uma cidadania mundial que possui como característica principal sua dissociação da nacionalidade (SEVCENKO, 2005; JÚNIOR; OLIVEIRA, 2003). Há um movimento dos Estados nacionais, de pensar globalmente seus assuntos domésticos, transcendendo os limites nacionais (GONZÁLEZ, 2005, s/p).

A cidadania mundial, segundo Júnior e Oliveira (2003, p. 16 – grifo nosso),

[...] estende-se a todos os indivíduos, finalmente até aqueles então considerados não cidadãos – **os estrangeiros** – vale dizer, a qualquer pessoa: homem ou mulher, jovem ou velho, proprietário ou não proprietário, trabalhador ou não trabalhador, residente ou não residente no território de um Estado – podendo todos os indivíduos assim se tornarem cidadãos.

A ampliação do conceito de cidadania para além das bases territoriais dos Estados-nação, desprendendo-se das dimensões do território e da nacionalidade, vem ao encontro de uma mudança na conformação do espaço e das relações entre as nações a nível mundial nos últimos tempos, isto é, com o processo (gigantesco) da globalização tem-se a busca pela retomada da cidadania no âmbito global, internacional. Porém, não mais a busca da cidadania somente a partir do estabelecimento de acordos e relações econômicas de integração entre os países, mas também através da integração cultural, social e política, para além do mercado (SVECENKO, 2005).

A transcendência da dimensão nacional no conceito de cidadania implica discutir o **segundo elemento, que é a dimensão da territorialidade** na garantia dos direitos, em especial do direito à saúde num acordo como o Mercosul.

O componente territorial, segundo Santos (2000, p. 05),

[...] supõe, de um lado, uma instrumentação do território capaz de atribuir a todos os habitantes aqueles bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa; e de outro lado, uma adequada gestão do território, pela qual a distribuição geral dos bens e serviços públicos seja assegurada.

Dentro destes bens públicos encontra-se a garantia da assistência à saúde através das mais diversas ações e serviços. Para que todos os indivíduos tenham acesso aos bens e serviços públicos, Santos (2000, p. 05) destaca a necessidade da organização e a gestão do espaço como sendo “instrumentais a uma política efetivamente redistributiva, isto é, tendente à atribuição de justiça social para a totalidade da população, não importa onde esteja cada indivíduo”.

No que se refere à linha das fronteiras, os elementos da organização territorial e a gestão do espaço são fundamentais para que as políticas sociais, e neste caso a política de

saúde, sejam de fato redistributivas e acessíveis a todos os indivíduos que dela necessitarem, mesmo estes sendo estrangeiros. Atualmente, nas fronteiras do Mercosul, a discussão de uma política de saúde efetivamente redistributiva e acessível a todos os indivíduos, para além dos limites territoriais dos países-membros, caminha para tratativas intergovernamentais que indicam sua concretização a longo prazo. Mudanças no uso e na gestão do território se impõem, se se deseja criar um novo tipo de cidadania, uma cidadania que ofereça respeito à cultura (SANTOS, 2000).

A discussão da dimensão territorial no Mercosul, quanto ao acesso dos serviços e ações de saúde entre os países, deve levar em consideração diversos fatores: sociais, econômicos, geográficos e culturais. Em cada país que compõe o Acordo, pode-se constatar que, nas regiões de fronteira, há áreas desprovidas, por exemplo, de instituições hospitalares, postos de saúde, informações gerais e especializadas, enfim áreas desprovidas de serviços essenciais à vida social e à vida individual. “O mesmo, aliás, se verifica quando observamos as plantas das cidades em cujas periferias, apenas de curta densidade demográfica, tais serviços estão igualmente ausentes. É como se as pessoas nem lá estivessem” (SANTOS, 2000, p. 43).

O trânsito de pessoas, no Mercosul, de um país a outro em busca de assistência à saúde é determinado, em grande medida, pelos aspectos socioeconômicos, onde brasileiros e estrangeiros imigram para outros países, temporária ou definitivamente, pelas condições de renda, trabalho, serviços, etc, oferecidas por cada país.

Santos (2000) aponta como um dos fatores de mobilidade das pessoas no território o drama que aflige uma parcela significativa da população, a busca permanente e sem sucesso de terra para plantar e de terra para morar.

Numa análise da situação brasileira, no que se refere às migrações internas, Santos (2000, p. 44) refere que

uma outra forma, aliás, de encarar as migrações é [...] a ausência de direito a um entorno permanente. Cada vez mais no Brasil as pessoas mudam de lugar ao longo da existência; o número dos que vivem fora do lugar onde nasceram aumenta de ano para ano, de um recenseamento a outro. Condenar os indivíduos à imobilidade seria injusto. Mas as migrações brasileiras, vistas pelo ângulo de suas causas, são verdadeiras migrações forçadas, provocadas pelo fato de que o jogo do mercado não encontra qualquer contrapeso nos direitos dos cidadãos. São freqüentemente também migrações ligadas ao consumo e à inacessibilidade a bens e serviços essenciais.

A análise de Santos (2000) a respeito da situação da divisão do território brasileiro no sentido de proporcionar condições de acessibilidade a serviços (direitos) essenciais, como o próprio local de moradia e a extensão do direito à propriedade privada ao maior número de indivíduos brasileiros, num país essencialmente latifundiário e com a expansão do capitalismo, serve de base para se pensar a situação nas fronteiras do Mercosul. O que se quer dizer é que, por um lado, há uma parcela significativa da população brasileira que imigrou/imigra para outros países do Mercosul, principalmente Paraguai e Uruguai, na busca de terras para plantar e delas extrair um lucro excedente, como é o caso dos grandes latifundiários plantadores de arroz na fronteira com o Uruguai, e de terras para cultivar e morar no interior do Paraguai, como é o caso de aproximadamente 350 mil brasileiros.

De outro lado, tem-se uma mobilidade de indivíduos estrangeiros, vindos do Paraguai, do Uruguai e da Argentina, como também de brasileiros que para lá imigram, na busca de acesso a bens e serviços essenciais, como serviços e ações de saúde, oferecidos no Brasil; isso se deve à inacessibilidade devido às longas distâncias dos centros de referência em saúde no país de origem e à escassez de recursos na área ao longo da linha de fronteira, por esta ser uma zona periférica, em geral, desprovida de investimentos governamentais.

Essas situações fazem com que a localização dos indivíduos no território seja, na maioria das vezes, produto de uma combinação entre forças de mercado e decisões de governo. Como o resultado é independente da vontade dos indivíduos atingidos, fala-se de (i)

migrações forçadas, o que equivale também a falar de localizações forçadas (SANTOS, 2000).

Por isso, o componente territorial é imprescindível na busca de uma política de saúde efetivamente redistributiva na região das fronteiras do Mercosul, visando a que os indivíduos não sejam discriminados em função do lugar onde vivem. A incorporação da dimensão territorial na formulação de políticas de saúde para a região das fronteiras deve romper com a valorização do cidadão a partir de sua localização no território onde seu “valor vai mudando, incessantemente, para melhor ou para pior, em função das diferenças de acessibilidade [...], independentes de sua própria condição”, ou onde a possibilidade de ser mais ou menos cidadão ou ser ou não ser cidadão depende do ponto do território onde está ou não está (SANTOS, 2000, p. 81).

Esta constatação

deveria estabelecer como dever legal – e mesmo constitucional – uma autêntica instrumentação do território que a todos atribua, como direito indiscutível, todas aquelas prestações sociais indispensáveis a uma vida decente e que não podem ser objeto de compra e venda no mercado, mas constituem um dever impostergável da sociedade como um todo e, neste caso, do Estado (SANTOS, 2000, p. 113).

O estabelecimento legal e mesmo constitucional da instrumentação do território é importante, pois o cidadão é uma categoria que só tem eficácia enquanto categoria jurídica. Assim, a busca da incorporação da dimensão do território numa política de saúde específica para a região das fronteiras se faz necessária, seja numa lei, numa portaria, num decreto ou num programa específico. “É assim que surge e se impõe a categoria jurídica do cidadão, ou, ainda melhor, o cidadão como categoria jurídica” (SANTOS, 2000, p. 80).

De um lado, a territorialidade consagrada em uma lei, decreto, portaria ou programa, a cidadania se define igualmente para todos. Ainda que suas interpretações possam ser diferentes, referem-se a um mesmo e único texto, independentemente de outros fatores restritivos como, por exemplo, o financiamento (SANTOS, 2000). De outro, a luta pela

cidadania não se esgota no estabelecimento de uma lei porque a lei é apenas uma concreção, um momento finito de um debate filosófico sempre inacabado. “Assim [...] o cidadão, a partir das conquistas obtidas, tem de permanecer alerta para garantir e ampliar sua cidadania” (SANTOS, 2000, p. 80) para além das fronteiras territoriais.

Assim, além da norma jurídica, também é importante a contribuição das discussões realizadas em diversas áreas acadêmicas (sociologia e geografia política, filosofia, ciências sociais, serviço social, etc.) no que se refere à construção, extensão e ampliação da cidadania na região das fronteiras, pois o referencial de uma cidadania nacional voltada para o interior do Estado-nação, da territorialidade nacional, além de ser insuficiente, não privilegia a mobilidade dos indivíduos, como se estes estivessem limitados ao espaço de seu país somente. O modelo de cidadania nacional não abrange a realidade das fronteiras na região do Acordo e, em especial, do Brasil – que faz fronteira com 10 países, totalizando aproximadamente 114 municípios na linha de fronteira – cenário onde é impossível desconsiderar a discussão de uma cidadania regional.

A partir dessa realidade, como não pensar em estender a cidadania aos não cidadãos (populações fronteiriças e estrangeiros) que possuem o direito à mobilidade espacial, o direito civil de ir e vir, o que na sociedade capitalista, em países subdesenvolvidos, significa ter outros motivos que somente querer exercer um direito civil, significa também querer exercer um direito social, e mais, um direito à vida – que significa o direito à assistência às ações e serviços de saúde – mesmo que num país, num território, numa nacionalidade, num espaço que não é seu, nem o reconhece enquanto cidadão? Porque essa mobilidade, em geral, é condicionada, de um lado, por razões socioeconômicas, pelas desigualdades sociais geradas dentro do sistema capitalista, pelos avanços e retrocessos gerados pelas reformas do Estado e seus reflexos nas políticas de saúde afetando diretamente o cidadão que deveria ter garantido seu direito à saúde. E de outro, conforme Santos (2000, p. 123), é condicionada por

desigualdades sociais que são, “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 dimensão da territorialidade e os limites entre os Estados-nação remete ao **terceiro e quarto elementos** da discussão dos direitos e da cidadania no âmbito do Mercosul; trata-se da **circulação de pessoas nas fronteiras e a ausência da dimensão social** do Acordo.

O Mercosul (Mercado Comum do Sul) foi constituído em 26 de março de 1991, quando a República da Argentina, a República do Brasil, a República do Paraguai e a República do Uruguai firmaram o Tratado de Assunção. É um organismo internacional que “caracteriza-se através do modelo de integração econômica regional intergovernamental e define seu objetivo na consolidação de um mercado comum” (JÚNIOR, 2003, p. 355).

O Acordo entre os Estados-membros, que estabeleceu, fundamentalmente, as condições para alcançar, até final de 1994, a união aduaneira determina:

1. o estabelecimento de um programa de liberalização comercial, que consiste de reduções tarifárias progressivas, lineares e automáticas acompanhadas da eliminação das barreiras não tarifárias;
2. a coordenação de políticas macroeconômicas;
3. o estabelecimento de uma Tarifa Externa Comum (TEC);
4. o estabelecimento de listas de exceções ao programa de liberalização para produtos considerados sensíveis;
5. a constituição de um regime geral de origem e de um sistema de solução de controvérsias (TRATADO DE ASSUNÇÃO, 1991, s/p).

Essas determinações caracterizam uma integração regional no âmbito do Mercosul, pois esta “surge de acordos políticos entre países geograficamente próximos com vistas à obtenção das vantagens do processo” (JÚNIOR, 2003, p. 356).

Dentre os diversos tipos de integração regional, o Mercosul constitui-se, na atual etapa do processo, de uma união aduaneira com vistas à constituição de um mercado comum. A união aduaneira implica a definição de uma taxa externa comum à qual se subordinam os produtos provenientes dos outros Estados.

Já a futura etapa do mercado comum requer a liberalização não somente da circulação de mercadorias, mas também de pessoas, serviços e capitais sem obstáculos para a entrada e saída no interior de cada Estado-membro da integração. Essa fase representa o momento apropriado no qual devem ocorrer as supressões das barreiras aos intercâmbios dos fatores supramencionados, principalmente no que se refere às questões do trânsito de pessoas, seja pela imigração em busca de trabalho, seja pela passagem e travessia em busca de produtos e serviços nos países vizinhos, como é o caso da assistência à saúde, quando a população fronteiriça circula de um país a outro na tentativa de suprir suas necessidades tanto no setor público como no setor privado de saúde, este último com menor fluxo de procura. Segundo Júnior (2003), a etapa do mercado comum, dentro do processo de integração, prevê a livre circulação como meta fundamental, além da coordenação de políticas macroeconômicas e da harmonização legislativa.

Na fase de mercado comum, que, pelo Tratado de Assunção, observa a construção de um espaço economicamente integrado para um período após de 2006, poderá ser observada a seguinte característica: “a presença das liberdades básicas, quais sejam, a livre circulação de mercadorias, livre circulação de capitais, livre circulação de trabalhadores e liberdade de estabelecimento. Essas liberdades é que permitirão a consolidação da integração plena entre os parceiros estatais envolvidos” (JÚNIOR, 2003, p. 357).

No entanto, para que a fase de mercado comum se efetive propriamente como de integração plena entre os países que compõem o Acordo, há a necessidade de regulação de alguns assuntos, como o que diz respeito à circulação de pessoas, diga-se de trabalhadores, em

que será preciso delimitar a categoria de pessoas ou classe de trabalhadores, à qual será possibilitada a livre circulação, e o estabelecimento de normas que permitam o ingresso e a permanência desses trabalhadores no país de acolhida e as condições em que devem prestar o trabalho (JÚNIOR, 2003).

Cada Estado-membro que receber trabalhadores estrangeiros deverá regulamentar as garantias a esses trabalhadores da mesma maneira como a seus próprios nacionais, incluindo o acompanhamento de suas famílias, o que abrange desde uma harmonização de currículos escolares até a validação de diplomas acadêmicos, bem como dos diplomas da habilitação profissional (JÚNIOR, 2003).

O autor destaca a importância de uma harmonização das questões trabalhistas e previdenciárias, incluindo a assistência social. Para os Estados-membros que recebem esta parcela da população, serão necessárias “as garantias da ordem, da saúde e da segurança públicas, [...] uma uniformização dos procedimentos nas fronteiras externas quanto às políticas de ingresso de estrangeiros e concessão de asilos e vistos políticos” (JÚNIOR, 2003, p. 358).

A fase de constituição do mercado comum, ao contemplar a livre circulação como uma das liberdades fundamentais do sistema, centraliza-se na livre circulação de trabalhadores produtivos que desempenham atividade econômica assalariada; já os trabalhadores não assalariados, ou independentes, são englobados no conceito de liberdade de estabelecimento ou do direito à livre circulação de serviços. O Tratado de Assunção, quando expressa que o “mercado comum implica ‘a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países’, implica na **liberdade restrita de trabalhadores, do homem enquanto fator produtivo, presença essa que reafirma o objetivo estritamente comercial desse processo**” (JÚNIOR, 2003, p. 359 – grifo nosso).

Sendo assim, a livre circulação de pessoas aparece timidamente em meio à preferência econômica por aqueles fatores que servem para o incremento da economia internacional, ou seja, o Tratado de Assunção não menciona, nem prevê, no pólo integracionista, o envolvimento social dos cidadãos e das comunidades envolvidas. Sua ênfase é dada ao desenvolvimento econômico, em detrimento a outros aspectos integracionistas, como a preocupação com uma política social que torne o cidadão e a sociedade civil participantes do processo de integração. Júnior (2003) ressalta que, em geral, processos de integração regional surgem com objetivos estritamente econômicos, e que, no caso do Mercosul, o privilegiamento quase único dessa dimensão faz com que o Acordo careça da dimensão social. Mesmo que a dimensão social não seja finalidade, o Tratado de Assunção faz referência ao desenvolvimento com justiça social. No entanto, nem a criação de Subgrupos de Trabalho (SGT), vinculados ao Grupo Mercado Comum, em especial o SGT 10 – dedicado à análise das questões trabalhistas – e o SGT 11 – dedicado às questões de saúde – determinou ao Mercosul um comprometimento com a dimensão social marginalizando a discussão da circulação de pessoas (JÚNIOR, 2003).

O autor aponta também que nem a criação do Foro Consultivo Econômico e Social, com a competência de discutir assuntos das duas áreas dos quatro países, permite afirmar que o Mercosul tenha uma abrangência social, pois, apesar de o Foro ser o local apropriado para se desenvolver discussões no âmbito social, este ainda necessita de regulação e possui somente caráter consultivo.

Na área da saúde, algumas discussões vêm sendo realizadas em fóruns regionais dentro dos limites de cada fronteira; existem comissões binacionais de saúde; comissões regionais de fronteira ligadas às coordenadorias regionais de saúde no Brasil; fóruns regionais de gestores de municípios de fronteira; contatos e acordos com o consulado brasileiro e o estrangeiro para tratamento das questões de saúde, de assistência social, legalização da

documentação; Grupo de Trabalho na área da Saúde na Fronteira coordenado pela Itaipu Binacional e a articulação, ainda tímida, de algumas ações e serviços de saúde entre as municipalidades brasileiras e dos países vizinhos, no âmbito informal para a assistência à saúde da população fronteiriça. São iniciativas e ações formais e informais, unilaterais ou bilaterais, que, de um lado, sinalizam para uma integração regional para além dos aspectos econômicos, em que a livre circulação de pessoas – legalizada ou não – é inevitável, atingindo o setor de saúde, e, de outro, sinalizam que, para a constituição de um mercado comum, é necessária a transposição de barreiras físicas e jurídicas que impedem a livre circulação também de pessoas.

Júnior (2003) demarca que o mercado comum é uma soma das características da zona de livre comércio e da união aduaneira, e à livre circulação de bens segue-se a de pessoas, de serviços, de capitais e a adoção de políticas comuns em várias áreas (dentre elas a saúde). Nesse sentido, o maior desafio do mercado comum é o estabelecimento do direito à livre circulação de pessoas a partir da eliminação “de todos os tipos de restrições à sua mobilidade, igual tratamento e garantias de não discriminação em razão da sua nacionalidade” (JÚNIOR, 2003, p. 362); nisso está inclusa a supressão dos controles no cruzamento das fronteiras e o reconhecimento de deixar seu país em busca de oferta de emprego e serviços sociais como assistência social, saúde, educação, habitação, para uma melhor qualidade de vida.

A secundarização da dimensão social no Mercosul, principalmente nas fronteiras, torna a busca, por parte da população fronteiriça, da assistência à saúde no Brasil, por exemplo, uma questão invisível na pauta dos gestores estaduais/provinciais e federais/nacionais dos quatro países. A invisibilidade, aos olhos dos gestores, da procura por serviços sociais, como a saúde, por parte da população fronteiriça advém de que as fronteiras, enquanto espaços de separação e de limite entre os Estados territoriais,

[...] han permanecido invisibles durante mucho tiempo [...]. El fenómeno de la integración regional y la aceleración de los procesos globalizadores que se

ha puesto en marcha desde el último cuarto del siglo XX ha recuperado el interés sobre este fenómeno socioespacial ausente del debate y del interés colectivo durante tanto tiempo (GONZÁLEZ, 2005, s/p).

Mesmo assim, os gestores municipais, executores da política, não conseguem estabelecer acordos efetivos para a resolução dos problemas de saúde sem as tratativas serem discutidas interministerialmente, pois envolvem recursos humanos e financeiros além dos disponíveis nos fundos municipais de saúde, recursos estes que devem ser repassados pelas esferas superiores (estadual e federal). Ou seja, os municípios não podem firmar protocolos de atendimento ou convênios prevendo repasses financeiros e circulação de profissionais de saúde com outra cidade estrangeira, uma vez que o Acordo não prevê a integração regional de outras políticas que não a econômica.

Na saúde, é reconhecida a iniciativa de implantação do SIS-Mercosul¹² por parte do Ministério da Saúde do Brasil, mas esta política, voltada para as fronteiras, necessita ser discutida com outros países e deve prever também o conhecimento mais aprofundado da realidade, considerando o fluxo, a procura e o real atendimento da população fronteiriça no SUS.

A implantação do SIS-Mercosul deve vir acompanhada de um sistema permanente de controle de seu cumprimento, a fim de não se tornar mera declaração de intenções e se resumir a uma política verticalizada com mero repasse financeiro sem, de fato, discutir a integração do setor saúde no âmbito do Mercosul. Nessa direção, segundo Júnior (2003), o mais eficaz mecanismo seria o estabelecimento de um órgão supranacional que exigisse seu cumprimento frente aos Estados-membros.

Bobbio (1992) aponta os organismos internacionais como reguladores do cumprimento dos direitos ou ações que garantam os direitos. Segundo o autor, as atividades

¹² Este tema é aprofundado no item 2.4.3 deste capítulo.

implementadas pelos organismos internacionais, tendo em vista a tutela dos direitos, podem ser consideradas sob três aspectos:

- promoção - entende-se o conjunto de ações que são orientadas por um duplo sentido: a) induzir os Estados que não têm uma disciplina específica para a tutela dos direitos do homem e introduzi-la; b) induzir os que já têm a aperfeiçoá-la;
- controle - entende-se o conjunto de medidas que os organismos internacionais põem em movimento para verificar em que grau as recomendações foram acolhidas e em que grau as convenções foram respeitadas;
- garantia - entende-se a organização de uma autêntica tutela jurisdicional de nível internacional que substitua a nacional. No entanto, somente é possível legitimar uma tutela internacional dos direitos do homem quando uma jurisdição internacional se impuser e sobrepuser às jurisdições nacionais e quando se realizar a passagem da garantia dentro do Estado. Os cidadãos que têm mais necessidade da proteção internacional são os Estados não de direito (BOBBIO, 1992).

O direito à saúde, como responsabilidade estatal, é reconhecido literalmente nas cartas constitucionais por dois Estados-membros do Mercosul, o Brasil e o Paraguai; isso demonstra que os direitos do homem em sua maioria não são absolutos nem constituem uma categoria homogênea, e isso se constitui numa das dificuldades às condições de realização dos direitos, neste caso do direito à saúde (BOBBIO, 1992). Segundo o autor para a realização dos direitos são freqüentemente necessárias condições objetivas que não dependem de boa vontade dos que os proclamam, nem das boas disposições dos que possuem meios para protegê-los. O problema dos países em desenvolvimento é de se encontrarem em condições econômicas que,

apesar dos programas ideais, não permitem desenvolver a proteção da maioria dos direitos sociais.

2.3 O contexto de mudanças no papel do Estado – suas refrações no direito à saúde e no exercício profissional dos assistentes sociais

O estudo e a defesa dos direitos, principalmente dos direitos sociais, na especificidade do direito à saúde, no momento de transformações em escala mundial, é o maior desafio posto aos cientistas que se propõem, árdua e continuamente, a essa tarefa. Nas páginas que seguem procura-se problematizar a temática do direito social à saúde no contexto da restrição de direitos sem, no entanto, ter a pretensão de esgotá-la, pois se reconhecem a amplitude e complexidade que esta discussão demanda e, com ela, a possibilidade de outras interpretações e abordagens.

A discussão sobre os direitos sociais, em especial o direito à saúde, objeto central desse item, ocorre em várias clivagens e na atualidade ocupa um lugar central na pauta de preocupações de muitos Estados nacionais, como é o caso do brasileiro. Esta centralidade se deve, principalmente em relação à sua efetivação concreta, a partir de políticas sociais públicas que, no atual contexto de reformas administrativas setoriais sob a égide do projeto neoliberal, passam a ter que preocupar-se com as orientações de reordenamento dos gastos públicos, de modo que o Estado pretendido deixa de ser aquele que garanta os direitos sociais e passa a ser aquele que prioriza o econômico visando à reprodução do capital.

Nesse período fecundo de idéias de ordem neoliberal, torna-se fundamental a apreensão das transformações sobre o direito à saúde “subsumidas as contratualidades

presentes entre o Estado, capital e trabalho” (NOGUEIRA, 2002, p. 88). Estas transformações implicam também compreender que o trânsito dos direitos como generalidades, para uma especificação de ordem setorial, como o direito à saúde, se deve ao processo de expansão e diferenciação da ação política do Estado capitalista.

Bayer e Leys (1986) argumentam que a ampliação e diferenciação da ação do Estado capitalista se desenvolveram de acordo com a setorialização da política como mecanismo de fragmentação da participação política e que esta setorialização desenvolvida no interior do Estado capitalista é vista

como uma conseqüência altamente benéfica, já que os mecanismos postos em ação pelo Estado para desenvolver suas novas atividades permitirão que ele exerça melhor o seu papel não apenas de controle unilateral, mas também de mediatização escamoteadora da relação capital-trabalho (BAYER; LEYS, 1986, p. 115).

Ou seja, a partir do momento em que o Estado assume como obrigação o provimento de uma parcela das atividades ligadas à esfera da reprodução das condições de vida da população, ele desvincula estas atividades da relação capital-trabalho, ofuscando as condições de exploração do trabalhador e reforçando a aparente neutralidade do Estado. Por outro lado, não é somente a aparente neutralidade nas ações estatais, mas também a sua dominação unilateral que são mascaradas com a setorialização das políticas, pois isso tende a “concentrar a atenção da própria participação política dos diversos setores da sociedade” (BAYER; LEYS, 1986, p. 115), favorecendo a diluição das questões referentes à legitimação do Estado capitalista em questões menores, parciais, fragmentadas, descoladas do contexto mais ampliado do processo.

As políticas setoriais, segundo Bayer e Leys (1986), se originam da necessidade de organização centralizada de determinadas atividades, por razões econômicas, mas intermediada por questões políticas com o objetivo maior de aprofundar o papel do Estado como interlocutor da relação capital-trabalho.

O contexto de contradições sociais gerado por esta relação capital-trabalho exige do Estado o desenvolvimento de duas funções dificilmente conciliáveis: a acumulação do capital e sua legitimidade pelas bases sociais da classe trabalhadora. Isso significa que o Estado deverá promover a acumulação do capital em favor de uma classe social em detrimento de outra. Assim, pode-se dizer que as políticas sociais têm como fim maior a harmonização dos conflitos entre as classes sociais; daí o empenho do Estado em desenvolver políticas setoriais com duplo caráter: que sejam eficientes e satisfatórias, imprimindo uma ação remediadora para a população beneficiária, e, ao mesmo tempo, que sejam conduzidas sem prejudicar os padrões vigentes de acumulação do capital (BAYER; LEYS, 1986; SANTOS, 1979).

No caso particular da política setorial de saúde, podem-se incorporar outros determinantes à interpretação da gênese do direito à saúde. Segundo Bayer e Leys (1986, p. 119), um desses determinantes é a apreensão da política de saúde como “decorrência das necessidades de reprodução ou até mesmo da própria constituição da força de trabalho e como resultado da constituição de interesses econômicos na área da saúde”.

No Brasil, a relação das necessidades de saúde demandadas pelos trabalhadores e os interesses econômicos privados na área exigiram habilidades estatais quanto ao seu papel mediatizador. As ações governamentais desenvolvidas, no campo da saúde, procuraram conciliar os interesses das duas classes sociais. Ou seja, em relação às necessidades em saúde demandadas pela classe trabalhadora, o Estado amplia o âmbito de ação e cobertura da previdência social, a partir da união dos benefícios com a unificação dos IAPs no INPS, e posteriormente estende a previdência aos trabalhadores rurais, autônomos e empregados domésticos. No que se refere aos interesses econômicos privados, o Estado favoreceu a atenção hospitalocêntrica através da construção e expansão de complexos hospitalares com financiamento público a fundo perdido, além do incentivo a tecnologia de alta complexidade

em detrimento de investimentos em ações e serviços de atenção básica, pouco lucrativos para os cartéis médicos.

Em período mais recente, a atenção à saúde, juntamente com uma gama de outros serviços sociais, é remetida ao interior do mercado, principalmente, às empresas de seguros privados, por estes serviços representarem atividades econômicas de grande importância. Segundo Laurell (2000, s/p), há o interesse e “la intención de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista”.

Pode-se apontar, com isso, que o enfoque nas políticas setoriais, incluída aqui a política de saúde, seja para sua ampliação ou para sua redução, recentemente mais para sua redução enquanto responsabilidade estatal, deve-se ao fato de estas políticas se apresentarem como uma nova ocasião para a obtenção de lucros. A garantia dos direitos sociais, configurada nas políticas setoriais, exige uma intervenção das instâncias públicas voltada para sua efetivação concreta; no entanto, o atual cenário de correlação política de forças não se encontra favorável a esta orientação. Atualmente, a correlação de forças está desfavorável ao fortalecimento dos direitos sociais em perspectivas universalizantes e equânimes, pois o que se tem observado é a apropriação dos direitos e políticas setoriais como possibilidades de lucro para o setor privado e demasiado onerosas para serem deixadas sob a responsabilidade estatal.

Neste sentido, pode-se dizer que se retrocedeu a uma retomada das concepções do Estado Liberal do século XIX, porém elas foram retomadas em sua outra face, ainda mais perversa, inclusive no que se refere à questão dos direitos sociais e da cidadania, visto que este Estado, agora permeado pelo ideário neoliberal, nasce num contexto diferente do primeiro. Tendo basicamente a defesa das mesmas posições doutrinárias, com a diferença do liberalismo surgir em desafio às restrições do Estado absolutista ao comércio e à produção, e

o neoliberalismo lutar contra o capitalismo influenciado pelo Estado de Bem-Estar Social. Isso, segundo Petras (1997), significa a retomada ferrenha da luta em defesa do livre mercado; da livre circulação de bens, de trabalho e de capitais; além da defesa da desregulamentação total da atividade privada; da derrubada das barreiras comerciais, da estatização de preços e das contas nacionais; da privatização dos meios de produção e empresas estatais; da drástica redução dos gastos públicos principalmente no que se refere aos investimentos em políticas públicas socioeconômicas; e, por fim, a defesa de um Estado restrito e não interventor em favor das classes subalternas, reorientado para a reconcentração de riquezas em favor da classe dominante e do capital estrangeiro.

Analisando estes postulados, pode-se imaginar a profundidade em que são afetados os direitos sociais e a cidadania. Tem-se não somente a mudança do mercado doméstico para um mercado exterior que, de acordo com Petras (1997), faz as bases dos mercados locais voltarem-se a atender os consumidores internacionais, como se tem também a transformação dos centros urbanos em grandes bolsões de pobreza e favelas, revelando a injusta e extrema desigualdade na distribuição da riqueza. Esta desigualdade acentua cada vez mais a diferença entre os mais ricos e os mais pobres – *apartheid social* – e a transformação gigantesca e sempre crescente de trabalhadores assalariados em trabalhadores informais ou autônomos e a alteração das legislações trabalhistas e sociais, que o liberalismo foi forçado a aceitar em épocas anteriores (PETRAS, 1997).

Percebe-se que a inclusão da garantia de direitos na agenda estatal é limitada pelo próprio processo de acumulação capitalista, que amplia a exclusão e aprofunda as desigualdades sociais, principalmente nos países capitalistas periféricos.

Assim, no estágio atual do sistema capitalista, os direitos sociais não deixam de ser discutidos no âmbito do Estado, porém passam a ser pensados dentro de políticas públicas restritas, pois o caráter do Estado sofre, a partir do final da década de 1980, redefinições onde

seu papel passa a ser reduzido no que se refere à formulação e execução de políticas sociais. Através de uma imagem de Estado ineficaz e incompetente, transfere-se a responsabilidade estatal para outros setores da sociedade e mercado.

O caso brasileiro merece destaque nessa discussão; Costa (2002) traz para o debate alguns elementos importantes no que se refere à introdução das políticas macroeconômicas de reforma no país. O autor refere que, pelo menos até o início da década de 1990, quando em muitos Estados nacionais não desenvolvidos, como é o caso dos países da América Latina, as políticas macroeconômicas já estavam implementadas ou em vias de consolidação, o Brasil, no regime democrático, em 1985, decide por uma agenda orientada para interesses domésticos e não internacionais. Ou seja,

no contexto da redemocratização dos anos 80, a economia brasileira resistia ao processo de difusão e aprendizado de orientações normativas do ajuste macroeconômico. As decisões de política econômica respondiam com elevado grau de autonomia aos incentivos e condicionalidades em políticas, definidos pela comunidade financeira internacional (COSTA, 2002, p. 17).

Neste período, o mesmo autor assinala também que as tentativas de introduzir no país políticas de estabilização e ajuste macroeconômico produziram impactos residuais sobre o sistema de proteção social e, conseqüentemente, nos indicadores de acesso e utilização de serviços sociais. Serviram como impermeabilizantes dessas políticas de ajuste no setor social as tradições organizacionais das políticas setoriais e as exigências do sistema político democrático recém-instituído (COSTA, 2002). Tanto foram impermeabilizantes que a década de 1980 foi marcada pela incorporação de novos sujeitos, de uma nova clientela no sistema de proteção social, formalizado na Constituição Federal de 1988, e também pelo contínuo crescimento da proteção social com a expansão do gasto público e a adoção de critérios universalistas para definição de direitos.

No entanto não se pode dizer o mesmo do período posterior, meados da década de 1990, mais exatamente após 1994, onde a estabilização proposta pelo Plano Real, articulada a

um conjunto de instrumentos e políticas econômicas que são adotadas pelo Estado, sofre uma centralização organizada com o objetivo de estabilizar os gastos públicos, com efeitos importantes sobre a inserção da economia brasileira no mercado global. Em outros termos, estão dadas as condições para a consolidação da reforma do Estado brasileiro, reforma esta que explicará a dinâmica da proteção social a partir de 1994.

Frente à crise do Estado surge a necessidade de se pensar sua reforma. A discussão sobre a reforma do Estado envolve, segundo Bresser Pereira (1997): a) a delimitação do tamanho do Estado; b) a redefinição do papel regulador do Estado; c) a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; d) o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar.

No documento *A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle*”, Bresser Pereira (1997) deixa explícitas, no que se refere à delimitação do tamanho do aparelho do Estado, as idéias de privatização e terceirização, ou seja, a redução das funções estatais e o caráter burocrático e racionalizador com que se apresenta, repassando para a sociedade civil e o mercado parte de suas funções. Também a questão da desregulamentação diz respeito ao maior ou menor grau de interação do Estado no funcionamento do mercado, ou seja, o Estado se isentará do processo de execução das políticas públicas passando apenas a regulá-las. Como regulador, intervém de forma a favorecer os investimentos estrangeiros e as importações, o desenvolvimento da tecnologia de ponta pela iniciativa privada, o capital industrial em detrimento do capital de empréstimo e especulativo. Observa-se, aqui, que o Estado prioriza as suas ações para o crescimento econômico, estimulando a iniciativa privada – o mercado.

No que se refere ao aumento da governança, tem-se o aspecto financeiro, de superação da crise fiscal, que implica a redefinição das formas de intervenção no plano econômico e

social e a superação da forma burocrática de administrar o Estado. E, por fim, no referente à governabilidade estão incluídos dois aspectos: a legitimidade do governo perante a sociedade e a adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses (BRESSER PEREIRA, 1997).

É interessante destacar que o processo de reforma do Estado assume expressões diferenciadas em cada nacionalidade, pois depende do desenvolvimento social, econômico e político de cada país. No caso dos países em desenvolvimento, tais expressões se assemelham: delimitação das funções do Estado através de programas de privatização, publicização¹³ e terceirização, implicando a transferência de funções do setor público para o privado; desregulamentação de programas do Estado, ampliando os mecanismos de controle via mercado; ajuste fiscal; aumento da capacidade política do Estado na intermediação de interesses com vistas a exercer seu papel de promotor do desenvolvimento. “A integração ao mercado globalizado, combinada com as mudanças nas economias nacionais, ameaçaram as funções do Estado pela tentativa de reversão das políticas universalistas de proteção social” (COSTA, 2002, p. 01).

No caso do Brasil, a reforma do Estado significou a delimitação do seu papel com o aumento da governança na área administrativa e da governabilidade através das instituições políticas, privatização, publicização e terceirização. Quanto às políticas sociais, o Estado passa a fortalecer a sociedade civil e o mercado, objetivando com isso a transferência dos serviços tidos como não-exclusivos¹⁴ do Estado para entidades denominadas de organizações sociais, a autonomia e flexibilização na prestação desses serviços, a participação da sociedade

¹³ “A palavra ‘publicização’ foi criada para distinguir este processo de reforma do de privatização. E para salientar que, além da propriedade privada e da propriedade estatal, existe uma terceira forma de propriedade relevante no capitalismo contemporâneo: a propriedade pública não estatal” (BRESSER PEREIRA, 1997, p. 25).

¹⁴ No caso dos serviços não-exclusivos estão incluídos aqui escolas, universidades, centros de pesquisa científica e tecnológica, creches, ambulatórios, hospitais, entidades de assistência aos carentes, entre outros que se caracterizam como atividades competitivas que podem ser controladas através do controle social.

no controle e gestão desses serviços através de conselhos de administração centrados na figura do cidadão-cliente, e o estabelecimento de um contrato de gestão fortalecendo a parceria Estado-sociedade-mercado.

É a consolidação de um Estado forte e máximo para o capital e um Estado mínimo para o social. Cabe aqui, ainda, destacar que a reforma do Estado tem sido até o momento viabilizada a partir de pacotes econômicos sugeridos pelos Organismos Internacionais (Fundo Monetário Internacional – FMI, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Banco Mundial – BM e Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID) que, segundo as orientações dos países capitalistas centrais, desconsideram as especificidades de cada um dos países capitalistas periféricos menosprezando sua história e tirando-lhes a capacidade de autonomia para se autogovernar a fim de garantir, não importando o ônus social, a reprodução e a concentração do capital. Assim, os Organismos Internacionais, ao sugerir, estrategicamente, a reforma dos Estados nacionais, buscam reordenar as ações político-econômicas, nos países de capitalismo periférico, na amortização da desigualdade social de maneira a não atingir estruturalmente o sistema posto. Um dos grandes articuladores da reforma do Estado e do setor administrativo da saúde no Brasil tem sido o Banco Mundial, cujas orientações têm subordinado os gastos sociais ao sucesso do ajuste estrutural e limitando a ação do Estado à economia.

No caso das políticas de saúde, a indicação da redução do papel do Estado está expressa, a partir dos apontamentos realizados pelo Banco Mundial, no documento *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*, que aponta a saúde como pertencente ao âmbito privado. Ou seja, cabe ao Estado ou governos ocupar-se das questões e problemas de saúde da população quando o âmbito privado não o puder resolver. Essa premissa reforça outras duas idéias, a primeira de que o setor público é freqüentemente ineficiente e inequitativo, ao contrário do setor privado, que é considerado mais eficiente e equitativo por

obedecer à concorrência do mercado, e a segunda de que os recursos financeiros públicos para a saúde são reduzidos e cada vez mais escassos (LAURELL, 2000).

Estas premissas propõem um novo desenho quanto às responsabilidades estatais no setor da saúde, deixando a cargo do Estado funções centrais de produção de bens públicos restritos, medidas de regulação das imperfeições do mercado e desenvolvimento de algumas ações para aliviar a pobreza crítica de determinados segmentos populacionais.

Entram em cena outros atores que deverão assumir as responsabilidades quanto à assistência e garantia à saúde. O primeiro deles é a família, principal responsável pela situação de saúde, ou seja, esta deve adotar condutas saudáveis e tratar suas enfermidades adquirindo os serviços médicos necessários no mercado. O objetivo é fortalecer a família, principalmente as pertencentes aos setores mais pobres, deixando a seu cargo as responsabilidades de saúde a fim de substituir ou descongestionar o setor público. O segundo são as ONGs, que, através da transferência de uma parte dos recursos financeiros públicos e de funções governamentais, devem atender a população de baixa renda que não pode recorrer ao mercado para resolver seus problemas de saúde. E o mercado terá sob sua responsabilidade a maioria dos serviços de assistência clínica com a garantia de uma clientela com capacidade de pagamento, ou seja, será um mercado estável (LAURELL, 2000).

As orientações dos Organismos Internacionais trazem, na verdade, uma série de exigências de ordem política e econômica que vão alterando o direito à saúde em seu conteúdo, alcance e mecanismos para sua garantia, não somente no Brasil, mas de forma diferenciada em outros países da América Latina. Nogueira (2002) sinaliza que as tendências de ajustes estruturais nas economias nacionais tornam a análise dos direitos sociais e do direito à saúde um exercício contínuo de articulação global-local.

Segundo a autora, o direito à saúde e as políticas (públicas) setoriais na área vêm sendo constantemente atualizadas conforme cada período e espaço de tempo, mas

principalmente atualizadas pela relação com os complexos mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual.

Especificamente no Brasil, observa-se a tentativa constante de retração do direito à saúde, pois cotidianamente esta política pública vem sendo reorientada para o fim do seu caráter universalista de atendimento, isto é, suas ações estão sendo direcionadas para uma contínua focalização e seletividade que visa apenas aos segmentos mais vulneráveis da população.

O Banco Mundial, em análise ao sistema de saúde brasileiro, em dois documentos de referência – *Brazil: The New Challenge of Adult Health* (1990) e *The Organization and Financing of Health Care in Brazil* (1993) – constata uma série de implicações deste sistema: a inadequação dos gastos em saúde que seriam excessivos e não atingiriam os grupos sociais mais pobres; a centralidade do modelo no cuidado hospitalar e ambulatorial e em alta tecnologia, com pouco investimento em programas de saúde preventiva; as conseqüências institucionais da Constituição Federal de 1988 e as implicações da Reforma Sanitária, especialmente a extensão da cobertura para todos os cidadãos dentro da lógica do SUS; a transferência, para os municípios, das responsabilidades e da totalidade dos recursos federais referentes à assistência à saúde; e as pesadas cargas financeiras com que o modelo tem onerado o setor público, criando expectativas para a população (MELO; COSTA, 1994).

As intencionalidades das reformas na área da saúde estão centradas em duas idéias principais: estabelecer um pacote básico de serviços clínicos e de prioridades de financiamento para esses serviços e o desenvolvimento de experiências de co-pagamento, o que rompe com os princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade. Em outros termos, permanece sob responsabilidade do Estado apenas a atenção primária, já os serviços de alto custo passam a ser oferecidos pelo mercado àqueles que podem comprá-los. O Ministério da Saúde reconhece que essas medidas ferem os preceitos constitucionais, mas

mantém o vínculo com as agências internacionais no que se refere aos fatores financeiros e econômicos, como, por exemplo, os empréstimos para a manutenção do compromisso do pagamento da dívida externa (MELO; COSTA, 1994).

No intuito de fortalecer a orientação dos pacotes básicos de serviços de saúde, o Banco Mundial incentiva e financia o desenvolvimento e implementação de modelos de saúde que focalizam somente os grupos socialmente vulneráveis, que teriam suas necessidades e cuidados resolvidos com um pacote simplificado de ações e serviços de saúde. Estes pacotes devem conter serviços básicos a população – são os chamados pacotes essenciais de serviços ou serviços clínicos essenciais. Já os serviços de saúde que não estão incluídos nos pacotes devem ser comprados no mercado por cada cidadão que puder pagar. Em geral, os pacotes pensam os serviços de saúde sem ter a preocupação com as demandas dos usuários, são programas prontos que não consideram as particularidades da população e que, no caso dos países subdesenvolvidos, são caracterizados por ações e serviços de baixo custo (MELO; COSTA, 1994; GIOVANELLA, 2003; LAURELL, 2000).

O contexto de reforma acaba por subordinar as políticas de saúde à lógica da contenção de gastos e à introdução de medidas restritivas e privatizantes em detrimento à orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde e a garantia das condições para que toda a população tenha acesso a esse direito.

Num parêntese particular, no caso brasileiro, a configuração desse contexto de reforma se deu, principalmente, no período pós-1995 a partir de uma reforma incremental, marcada por pequenos ajustamentos sucessivos no nível da organização administrativa, dos serviços e do modelo assistencial de atendimento. As mudanças no modelo assistencial são marcadas por conta de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁵ e o

¹⁵ Segundo Viana e Dal Poz (1998), o PACS é um antecessor do PSF que introduz, dentro das práticas de saúde, três inovações: a primeira é o enfoque na família e não no indivíduo; a segunda é a visão ativa da intervenção em saúde, de agir previamente na demanda, se constituindo num instrumento real de (re) organização da demanda e a terceira é a concepção de integração com a comunidade e o

Programa de Saúde da Família (PSF), os quais, por sua vez, provocam alterações importantes nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais (VIANA; DAL POZ, 1998).

O primeiro dos programas a ser implantado foi o PACS, a partir de 1991, e posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde implanta o PSF, tendo como foco central a descentralização das ações com enfoque na família e na comunidade. O PSF surge com a idéia inovadora de deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico para a preocupação com toda a equipe de saúde, ou seja, a

reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vai além de práticas curativas (BRASIL, 2001, p. 05).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 05), o PSF “é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família [...] de forma integral e contínua”. No entanto, o PSF afirmado como uma estratégia de organização do sistema municipal ainda merece monitoramento. Segundo Giovanella (2003), ainda não se pode dizer se o PSF mascara uma política de focalização para os pobres com acesso aos serviços de menor complexidade, atentando contra o princípio de equidade na utilização.

No entanto, Vasconcelos (2002) destaca que, apesar do programa ser divulgado como uma estratégia de mudança do modelo assistencial e estar vinculado à estrutura do SUS, há de se discutir que

propostas como a adoção do Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção primária, a constituição de consórcios de saúde para ações de

enfoque não centrado apenas na intervenção médica. “O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de uma extensão de cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 08).

atenção secundária e terciária vêm sendo, [...] nesta perspectiva, adotadas como um modelo de equidade na saúde, pela “discriminação positiva” dos considerados aqui, como “menos favorecidos”. No sentido de justificar a comercialização dos serviços de saúde para os que “**podem pagar alguma coisa**”, a política de saúde oscila entre a atenção secundária e terciária privatizada via consórcios e Organizações Sociais, e para os pobres e miseráveis o Programa de Saúde da Família (VASCONCELOS, 2002, p. 82).

Teixeira (2001) aponta que, em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir a uma necessidade compensatória, de baixo custo, que funciona também como controle social da população pelo Estado, ao mesmo tempo em que ameniza os conflitos internos (relações interfamiliares) e externos (relações sociais) em potencial. Ou seja, para um sistema universalista e igualitário, como o SUS, que pressupõe a oferta integral de procedimentos e serviços para todas as necessidades de saúde do conjunto da população e a mudança do modelo de atenção não é suficiente uma rede de unidades básicas que conte apenas com profissionais médicos generalistas. Uma dupla de técnicos (médicos/enfermeiras) que realizam

uma assistência voltada, a princípio, para os aspectos epidemiológicos, quer dizer, de redução de morbi-mortalidade, nas faixas etárias e situações de ‘risco’ determinadas, mas que ainda não consegue, em seu todo, visualizar os usuários como sujeitos sociais [...]. Podemos afirmar que, no momento, em sua maioria, tal modelo de assistência tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos (TEIXEIRA, 2001, p. 238).

O recorte no PACS e PSF tem o intuito de chamar a atenção para as políticas sociais de cunho compensatório dirigidas a grupos não integrados no processo de desenvolvimento econômico e social, pois essas políticas, em geral, “são alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal” (MENDES, 1995, p. 26). O estabelecimento dessas políticas compensatórias demonstra que os direitos, como um todo, estão sendo subjugados à lógica econômica de mercado, ocasionando verdadeiros atrasos quanto às conquistas, principalmente, dos direitos sociais, mesmo que

estes estejam presentes na Carta Constitucional de 1988 como expressão de reivindicações e conquistas democráticas da classe trabalhadora brasileira.

O desenvolvimento de políticas compensatórias de saúde, como já foi apontado, está articulado à orientação de racionalização dos gastos do Estado na área social. Giovanella (2003) traz alguns dados que ilustram a relação do gasto público com a dimensão da universalidade do acesso em saúde. Segundo a autora, “a universalidade do direito à saúde implica a garantia de acesso ao sistema financiado com recursos públicos” (GIOVANELLA, 2003, p. 161). Porém, a distribuição de recursos públicos com a área da saúde é variada, tendo uma diferenciação, em geral, entre os países industrializados e os países da América Latina, por exemplo. No que se refere aos países do Mercosul, Giovanella (2003) traz em seu estudo os dados referentes aos gastos públicos em saúde como proporção (%) do gasto total em saúde:

Quadro 1 – Gastos públicos com saúde nos países que compõem o Mercosul (1990-1999)

Países	1990	1998-9
Argentina	55,6%	40,7%
Brasil	38,9%	41,0%
Paraguai	8,3%	29,9%
Uruguai	34,7%	46,5%

Fonte: Adaptado de Giovanella (2003)

Enquanto nos países industrializados com *welfare states* ampliados, a proporção de gastos públicos oscila entre 70% e 80% do total de gastos em saúde, na região da América Latina, em especial nos países que compõem o Mercosul, essa proporção é muito baixa, não atingindo 50% dos gastos totais com saúde (GIOVANELLA, 2003).

A década de 1990, como aponta o Quadro 1, não foi cenário de grandes evoluções na participação dos gastos públicos nas despesas em saúde. Com exceção da Argentina que reduziu seus gastos públicos, Brasil, Uruguai e Paraguai, e este último com maior visibilidade,

ampliaram timidamente seus gastos públicos nas despesas em saúde. Segundo Giovanella (2003, p. 162-163), “a participação dos gastos públicos no total de gastos com saúde na América Latina mostra como poucos países em nossa região conseguiram construir sistemas públicos de saúde, de base universal”.

Essas duas categorias, gasto público e universalidade dos sistemas de saúde, são centrais na discussão do direito à saúde e da construção/consolidação de um sistema integrado de saúde no âmbito do Mercosul.

2.4 O direito à saúde e a agenda para a integração do setor nos países do Mercosul

A discussão do direito à saúde no âmbito do Mercosul torna-se complexa e traz consigo um número maior de elementos a serem analisados do que se essa discussão fosse restrita a somente um dos quatro Estados membros que compõem o Acordo. Torna-se mais complexa, pois a discussão do direito à saúde não pode ser realizada sem levar em consideração as condições sociais, econômicas e, tratando-se da região de fronteira, também as condições territoriais e geográficas de cada um dos países. Em outros termos, discutir o direito à saúde e sua garantia no âmbito de um acordo como o Mercosul é tratar do desvelamento de um conjunto de necessidades, sejam elas sociais, econômicas ou geográficas que forcem uma parcela da população desses países a buscar atendimento à saúde, por exemplo, no sistema brasileiro.

Sendo assim, o primeiro ponto a ser considerado é a contextualização do cenário das fronteiras do Brasil com os países do Mercosul – Argentina, Paraguai e Uruguai – por entender que o desenvolvimento de estratégias de integração dos sistemas de saúde desses

quatro países precisa levar em conta o contexto social, histórico e econômico, assim como as características específicas da situação da saúde, dos sistemas nacionais e das concepções em relação a esse direito em cada um desses países.

2.4.1 Contexto sociosanitário

Considerando que os países latino-americanos, devido a processos históricos diferenciados de constituição de suas sociedades, caracterizam-se por economias pouco integradas e de baixa complementaridade entre si, há como resultado grandes debilidades na negociação externa de suas relações econômicas e comerciais (GALLO et al., 2004). Conseqüentemente, essas debilidades nas negociações externas a nível econômico e comercial também refletem as dificuldades desses países em desenvolver ações de integração em outras áreas e setores, como a saúde. Ou seja, mesmo com importantes avanços nas áreas de regulação sanitária, políticas de medicamento e outras, há uma grande lacuna a ser preenchida para o aprofundamento da integração de políticas para o complexo de saúde como um todo.

As dificuldades para o avanço do processo de integração na área da saúde dentro do bloco regional do Mercosul não podem deixar de ser analisadas sem levar em conta o contexto atual de desigualdades sociais e econômicas crescentes na região, uma vez que se reconhecem a determinação e o condicionamento que fatores mais gerais têm sobre o processo de saúde-adoecimento-cura, inclusive no que se refere à organização e ao funcionamento dos sistemas de saúde. Essas dificuldades no processo de integração aumentam o desafio de que a integração seja pautada por um valor relativamente novo nesse processo: a solidariedade entre os povos e entre os governos (CASTRO et al., 2004).

Escamilla (2005) traz alguns dados que ilustram a realidade de desigualdade em saúde na região: existem atualmente na América Latina e Caribe cerca de 230 milhões de habitantes (46%) que não contam com seguro-saúde; 125 milhões (27%) carecem de acesso permanente aos serviços básicos de saúde; 17% dos nascimentos nesta região não têm assistência de pessoal qualificado; 82 milhões de crianças não completam um programa de vacinação, e 152 milhões de pessoas carecem de acesso à água potável ou saneamento básico.

Dentre esses números chama a atenção também a concentração de renda, que merece ser destacada por demonstrar a heterogeneidade significativa entre os quatro países. Com um intervalo que varia entre a Argentina, onde o extrato populacional dos 20% mais ricos detinha 12,6% a mais de renda do que os 20% mais pobres, o Brasil e o Uruguai, onde esta razão é respectivamente de 29,1% e 13,7%, e o Paraguai, onde a razão foi maior, chegando a 31,9% (CASTRO et al., 2004), a concentração de renda reflete o conjunto de transformações políticas, econômicas e institucionais assumidas pelos países do Mercosul nas últimas décadas do século XX e reforçadas no início do século XXI, além de indicar a dificuldade que a população terá para alcançar padrões minimamente razoáveis de acesso a bens e serviços de saúde com recursos individuais.

Outros elementos que evidenciam a situação de desigualdade entre os países do Mercosul podem ser citados:

- 1) a **situação demográfica**, que demonstra que a maioria da população na região é predominantemente urbana; que quase 90% da população total dos quatro países concentra-se no Brasil; bem como, o comportamento das taxas de natalidade e fecundidade são cada vez mais decrescentes considerando a especificidade de cada país;
- 2) o crescente **aumento da esperança de vida ao nascer e, conseqüentemente, o envelhecimento da população**, que, combinado com um contexto institucional

instável e economicamente desfavorável na região, geram, para a área da saúde, “demandas diferenciadas para o cotidiano dos serviços e impõem uma capacidade de planejamento e antecipação de cenários futuros para otimizar a aplicação de recursos” (CASTRO et al., 2004, p. 34) e;

- 3) a **situação de morbi-mortalidade** refletida pelos indicadores de mortalidade infantil e materna, que, por esses valores estarem em declínio em todos os quatro países do Mercosul, evidenciam a qualidade de vida e de assistência à saúde; porém, este declínio é mais acentuado no componente pós-neonatal como resposta à expansão no acesso aos serviços básicos de saúde, em particular no período gestacional, no parto e no puerpério.

Todos esses indicadores sociais e econômicos refletem uma agenda inconclusa para a área da saúde, agenda essa, segundo Escamilla (2005), expressão do atraso na acumulação de ganhos em saúde e centralizada nos grupos populacionais marginalizados e socialmente excluídos como mulheres, pobres, negros, populações indígenas. Com o objetivo de resolver a agenda inconclusa para a área da saúde na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu um quadro de ações visando a enfrentar a nova agenda no setor e proteger as realizações alcançadas no desenvolvimento nacional da saúde.

Em relação à proteção das realizações alcançadas nos países da América Latina, reconhece-se que os ganhos em saúde não são cumulativos e sofrem as conseqüências do contexto social e econômico onde estão inseridos; por isso, é necessário o compromisso do conjunto da sociedade para sustentar o nível de investimento necessário na área da saúde (ESCAMILA, 2005). Sendo assim, o enfrentamento da nova agenda depara-se com três fatores: as macrotendências da situação de saúde regional, como o processo de globalização, que determina novos problemas; a relação com as condições de vida desfavoráveis e a

exclusão social, além de uma ação coletiva movida pela noção da saúde como bem público global.

Segundo Escamilla (2005, s/p), o contexto atual coloca desafios fundamentais aos sistemas de saúde da região:

- Garantir a proteção social em saúde para todos os cidadãos;
- Contribuir e eliminar as desigualdades no acesso;
- Garantir serviços de qualidade;
- Proporcionar aos grupos sociais excluídos a oportunidade de receber atenção integral;
- Satisfazer as necessidades e demandas de saúde da população;
- Eliminar a capacidade de pagamento como fator restritivo.

Os desafios citados pelo autor compõem não somente a agenda de preocupações da OPAS, mas também dos quatro países do Mercosul quanto à proposta de integração do setor saúde. Estes desafios pressupõem esforços a nível central de cada um dos governos nos âmbitos social e econômico, a fim de diminuir as desigualdades sociais e os altos indicadores da situação de exclusão social, como também no âmbito financeiro, a fim de alterar ou ampliar os fundos financeiros públicos para a garantia do direito à saúde à população fronteiriça de forma gratuita. Ou seja, o desafio maior imposto aos sistemas nacionais de saúde no Mercosul será a definição do conceito e da concepção de saúde, em bases consensuais, considerando os contextos heterogêneos.

Um segundo ponto que deve ser considerado na abordagem do direito à saúde no Mercosul e é de fundamental importância ao se pretender estabelecer uma agenda de integração para além dos aspectos e interesses econômicos, como é o caso da área da saúde, é a natureza do financiamento e a concepção de saúde e de direito à saúde constante nas

normativas e mecanismos legais como, por exemplo, nas cartas constitucionais de cada país integrante do Mercosul.

O trânsito da população fronteiriça no âmbito do Mercosul, pela busca de assistência à saúde, seja por parte de usuários brasileiros a outras cidades dos países vizinhos ou por parte de estrangeiros e brasileiros não residentes no Brasil pelos serviços e ações de saúde no SUS, força, num plano político, o desencadeamento, mesmo que dentro de certos limites, de ações governamentais, por parte dos quatro países integrantes do Mercosul, para a discussão e implementação da integração dos sistemas de saúde no intuito de atender ou ampliar o direito de cidadania que é a saúde.

No entanto, este processo de integração não ocorre desarticulado das mudanças, a nível mundial, no papel do Estado, como apontado anteriormente. Mudanças estas que muitas vezes se traduzem em alterações jurídico-formais nas mais diversas áreas e também na área da saúde, reduzindo o papel estatal nos mecanismos de proteção social e alargando as fronteiras do espaço privado (SIMIONATO; NOGUEIRA, 2002).

Segundo as autoras, as mudanças jurídico-formais se expressam de diversas maneiras; dentre elas, podem-se citar as alterações realizadas nas cartas constitucionais que anunciam as “novas contratualidades entre os diferentes segmentos de classes, parametradas pelas exigências do movimento histórico” (SIMIONATO et al., 2004, p. 81).

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

No que se refere à saúde, a Comissão Presidencial para Estudo das Problemáticas Éticas em Medicina, instituída pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1983, à refere que o “direito à saúde não constitui ainda um direito reconhecido nas legislações nacionais em grande parte dos países da América Latina” e que “este direito não é considerado condição necessária para que o governo adote medidas suficientes para se garantir a adequada atenção a todos” (SIMIONATO; NOGUEIRA, 2002, p. 81).

2.4.2 O direito à saúde nos países do Mercosul – concepções e sistemas

Ao ingressar na discussão referente ao direito à saúde nos países do Mercosul, tem-se que considerar a importância de sua garantia pelos Estados nacionais em bases legais e também que as diferenças e desarmonias entre o arcabouço jurídico desses países apresentam-se como um problema central a ser resolvido.

No caso da Constituição argentina, o direito à saúde não se encontra explícito literalmente; é considerado um direito implícito que, mesmo não expresso na carta constitucional e em nenhuma outra norma, é objeto do desenvolvimento, por parte do Estado, de políticas setoriais de saúde.

De forma implícita, os Art. 14 bis e Art. 33 referem que:

Art. 14 bis. El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor; jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea [...].
El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales y provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna (ARGENTINA, 2001, p. 84).

Art. 33. Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados, pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno (ARGENTINA, 2001, p. 86).

O Art. 33 menciona que os direitos não inclusos explicitamente na constituição são resguardados e protegidos pelo Estado, ou seja, mesmo que a saúde não esteja expressa direta e literalmente como um direito, isso não significaria a ausência de previsão deste direito, levando à desproteção da população nesta área. Também a indicação de alguns direitos individuais, como expressa o Art. 14 bis, reforça a menção à saúde de forma implícita no âmbito do trabalho, a partir de condições e ambientes dignos para o desenvolvimento da atividade laboral, e no âmbito estatal, que outorgará os benefícios da seguridade social de caráter integral. Num contexto geral, a garantia legal desses direitos individuais levaria a uma concepção ampla e abrangente de saúde que incluiria trabalho, lazer, salário justo, moradia, etc (SIMIONATO et al., 2004).

A autora ressalta que o caráter implícito impresso ao direito à saúde na Constituição argentina leva a reconhecer que, no momento em que houver a necessidade de uma ação jurídica na área, não se encontrará amparo legal para a garantia da saúde enquanto direito social de responsabilidade estatal, por exemplo. A ausência de referência explícita do direito à saúde submete a população às ações do Estado, que, através de políticas sociais referentes a esses direitos individuais mencionados na lei, dêem conta dos aspectos da saúde.

No Brasil, o direito à saúde se consolidou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a partir das lutas populares e sindicais no sentido de fortalecer legalmente a garantia dos direitos sociais, segundo o Art. 6:

são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2001a, p. 152).

A Constituição Federal de 1988 propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, propiciando particularidades em aspectos ético-políticos fundamentais. A carta constitucional expressa de forma explícita o direito à saúde e a responsabilidade do Estado com este direito através dos artigos:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001a, p. 247).

Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde [...] (BRASIL, 2001a, p. 247).

O texto constitucional brasileiro incorpora a concepção de direito que tem a satisfação das necessidades de saúde como um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem. O direito à saúde independe do mercado na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário. A saúde se constitui num direito essencial que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos.

Segundo Nogueira (2002, p. 154), a aprovação do direito à saúde

expressa uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirma, ainda, o trânsito para um Estado Institucional-Redistributivo, na medida em que rompem com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão.

O SUS incorpora esta perspectiva inovadora, indicando como diretrizes, dispostas no Art. 198 da Constituição Federal:

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, 2001a, p. 247).

Estas diretrizes vêm como estratégias para a consolidação institucional do SUS, sendo mais delineadas a partir das leis de regulamentação 8080/90 e 8142/90.

Em relação ao direito à saúde na Constituição paraguaia, há de se considerar os dois documentos constitucionais. O primeiro, de 1967, vigente na primeira etapa do processo de integração do Mercosul, estabelece:

Art. 93.- Todos los habitantes tienen derecho a la protección y promoción de la salud, y están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites permitidos por el respeto a la personalidad humana. La ley dispondrá el régimen para la asistencia de los enfermos carentes de recursos y de los inválidos y ancianos indigentes. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles serán funciones principales de los organismos de salud pública (PARAGUAY, 1967, *apud* SIMIONATO et al., 2004, p. 86).

E o segundo documento constitucional, datado de 1992, contém a menção referente ao direito à saúde no Art. 68:

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.
Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes.
Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana (PARAGUAY, 2001, p. 459).

Segundo Simionato et al. (2004), as duas cartas constitucionais fazem menção ao direito à saúde, e a principal diferença está na Constituição de 1992, onde o Estado assume de forma explícita a proteção e promoção da saúde, e garante-se a atenção livre e gratuita para toda a população.

Por fim, o direito à saúde na Constituição uruguaia está expresso como responsabilidade do indivíduo, e ao Estado compete somente assistir os segmentos identificados como carentes conforme o Art. 44:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (URUGUAY, 2001, p. 505).

A referência à saúde no texto constitucional uruguaio, centralizada na atenção do Estado de forma a garantir assistência gratuita à saúde somente aos segmentos carentes sem recursos financeiros, lembra as orientações da reforma do Estado sobre a desresponsabilização deste pela área social como a saúde.

Além da referência nas cartas constitucionais, considera-se importante, para balizar a discussão do processo de integração no setor saúde e para efetivar o processo de harmonização dos sistemas nacionais de saúde, a discussão referente à concepção de saúde e do direito à saúde, assim como à natureza das fontes de financiamento desses sistemas nacionais de saúde. Dessa forma, pretende-se abordar estes aspectos a partir da referência ao trabalho desenvolvido por Simionato et al. (2004). A autora aborda em seu estudo, referente às cartas constitucionais no âmbito do Mercosul, sete categorias analíticas: 1) concepção de direito à saúde; 2) princípios do sistema de saúde; 3) concepção de saúde; 4) objetivos do sistema de saúde; 5) gestão; 6) financiamento e 7) controle social.

Para fins desse trabalho, selecionaram-se três categorias centrais para subsidiar a discussão do direito à saúde no Mercosul a partir da construção de um sistema integrado de saúde:

Quadro 2 - Comparativo dos Princípios Normativos dos Sistemas de Saúde dos Países do Mercosul

Categorias	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Concepção do direito à saúde	Direito à saúde para toda a população, enfatizando a redução de riscos mediante ações especificamente dirigidas à população marginalizada e em situação de pobreza estrutural ou em situações biopsicosociais potencialmente perigosas.	Saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.	A saúde é um direito de todo cidadão, sendo o Estado o responsável para manter uma cobertura integral e o pleno acesso aos recursos do sistema de saúde.	Todos os habitantes terão o direito à cobertura de atenção médica, estabelecida e regulada pelo Estado, através de organizações públicas e privadas.
Concepção de saúde	Saúde como condição de bem-estar favorecendo uma vida social e economicamente produtiva.	Fatores determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.	Saúde como resultante de processos sociais e tendo importante papel para o desenvolvimento do país.	Saúde referenciada a aspectos biológicos.

Financiamento	O sistema é financiado por duas fontes de recursos: orçamentárias e contribuições dos trabalhadores às empresas prestadoras de assistência médica.	O sistema será financiado pelo orçamento da seguridade nacional, definido constitucionalmente. A alocação de recursos será feita obedecendo a critérios populacionais, epidemiológicos, capacidade técnica, administrativa e operativa da rede instalada, inversões no sistema e transferido fundo a fundo entre a União e os Estados e Municípios.	O Fundo Nacional de Saúde é a direção executiva financeira encarregada de desenvolver as políticas de financiamento do sistema, mediante prévia apreciação do Conselho Nacional de Saúde. O sistema será financiado com recursos orçamentários destinados a cada um dos sub-sistemas que o integram – estabelecimentos do sub-setor público, mecanismos de transferência entre regiões, pagamento dos profissionais e provedores de serviços de saúde.	O sistema de saúde é financiado com recursos públicos destinados aos estabelecimentos públicos e com contribuições de associados às instituições de assistência médica coletiva que abrangem três tipos: assistência médica integral, parcial e empresas de intermediação de assistência médica. O Ministério da Saúde Pública estabelecerá os níveis mínimos de cobertura assistencial que devem prestar as instituições de assistência.
---------------	--	---	--	---

Fonte: Adaptado de Simionato et al. (2004).

Em relação à concepção de direito à saúde, segundo a sistematização realizada por Simionato et al. (2004), percebem-se distintas interpretações impressas nas normatizações específicas¹⁶ de cada um dos quatro países analisados.

Segundo a autora, a normatização argentina analisada estende o direito à saúde para toda a população, mas enfatiza o maior cuidado da atenção e das ações em saúde à população marginalizada e em situação de pobreza e risco. Também a concepção de saúde prima pelo desenvolvimento de ações no setor que favoreçam uma vida economicamente produtiva. A centralidade da concepção da saúde no âmbito econômico é visível, como apontado anteriormente, pelo que é expresso na Constituição, ou seja, a saúde atrelada, além de outros fatores, às condições do trabalho, às condições do ambiente laborativo, um ambiente que seja saudável para o desenvolvimento do trabalho, e a uma remuneração justa.

No caso brasileiro, o direito à saúde é considerado fundamental ao ser humano e uma responsabilidade do Estado quanto à sua promoção integral. Esta perspectiva da saúde como fundamental ao ser humano implica uma concepção que extrapola a visão biologicista, centrada no modelo médico hegemônico curativista, de assistência à doença. A concepção de

¹⁶ Simionato et al. (2004) analisou, em seu estudo, as seguintes normatizações: Argentina – Decreto Marco 1.269 de 1992; Brasil – Leis 8.080 e 8.142 de 1990; Paraguai – Lei 1.032 de 1996, Decreto 19.966 de 1998 e Decreto 22.385 de 1998; Uruguai – Lei 15.181 de 1981, Decreto 495/898 de 1989, Decreto 350/994 de 1994, Lei 15.903 de 1987.

direito à saúde, a partir do SUS, enfatiza ações preventivas para a população na perspectiva de mudança do modelo de atenção.

A concepção de saúde expressa nas normativas brasileiras considera o conceito ampliado de saúde abrangendo outros fatores determinantes, como condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986). É o reconhecimento dos fatores e determinantes da dimensão social como também interferentes nas condições de saúde/doença da população.

No que se refere ao direito e à concepção de saúde no Paraguai a organização deste encontra-se centralizado sob a coordenação e responsabilidade estatal para a manutenção de sua cobertura e acesso de recursos do sistema à população, aos cidadãos. O Estado desempenha papel central na estruturação da política e programas de saúde. A concepção de saúde está relacionada aos processos sociais e tem grande importância para o desenvolvimento do país.

O Uruguai define que todos os habitantes possuem o direito à cobertura da atenção médica, no entanto, como citado anteriormente no Art. 44, o Estado garante e responsabiliza-se pela atenção gratuita da saúde somente aos indigentes e carentes, restringindo assim o direito à saúde financiada com fundos públicos aos segmentos vulneráveis da população. Também a concepção de saúde está restrita às dimensões biológicas, estando a centralidade nas doenças ou enfermidades, como menciona o referido artigo.

Uma terceira categoria importante na discussão do direito à saúde no Mercosul e que é central no debate que propõe um sistema integrado de saúde na região é a natureza do financiamento destinado à sustentabilidade das ações e serviços de saúde a serem realizados na linha de fronteira entre os quatro países.

As concepções de direito à saúde e de saúde são diferenciadas entre os países, ou seja, de um lado há sistemas nacionais de saúde ainda centrados na concepção biológica do tratamento da doença ou das enfermidades, baseado num modelo que vê o médico como figura central do sistema e privilegia ações curativas sobre as preventivas e, por outro lado, sistemas como o brasileiro, o único na região a entender e expressar no plano jurídico a saúde como resultante de determinantes também sociais e não somente biológicos, tratando o direito à saúde como direito universal de todos os cidadãos e como responsabilidade do Estado.

A principal diferença entre os sistemas de saúde no que se refere ao padrão de financiamento da atenção à saúde está na concepção pública do sistema de saúde brasileiro em relação aos demais países no Mercosul (DAIN, 2004).

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, tem sua natureza de financiamento definido constitucionalmente nos impostos e contribuições do orçamento destinado à seguridade social. Segundo Dain (2004), estes recursos financiam, além das ações e serviços de saúde nos três níveis governamentais (municipal, estadual e federal), também a política de medicamentos, que fornece à população atendida de forma gratuita no SUS os medicamentos da farmácia básica.

Já os demais países têm seus sistemas nacionais de saúde organizados essencialmente em seguros privados e ações limitadas de saúde financiadas pelo setor público. O atendimento público restrito a segmentos específicos da população, como é o caso dos indigentes e carentes no Uruguai, ilustra essa realidade quanto às diferenças nos aspectos financeiros. O Paraguai, por sua vez, garante a organização e manutenção do sistema de saúde através de programas e recursos do setor público, mas também do setor privado.

As diferenças apontadas por essas três categorias: concepção de saúde, concepção de direito à saúde e natureza do financiamento caracterizam-se, segundo Giovanni (2005)¹⁷, “como variáveis de contexto”, pois se trata de variáveis que dizem respeito à natureza dos sistemas nacionais de saúde, da organização político-administrativa desses sistemas, do grau de centralização das ações e serviços de saúde, do modelo e amplitude da cobertura, das modalidades de ofertas de serviços e dos graus de universalismo/particularismo, ,/iniqüidade, gratuidade/mercantilização (GIOVANNI, 2005).

O estudo e análise dessas categorias ou variáveis, como chama Giovanni, é que irão estabelecer o pano de fundo de caráter nacional de cada um dos quatro países para o exame detalhado, mais apurado das realidades das três fronteiras – Brasil com Argentina, Paraguai e Uruguai, e, conseqüentemente subsidiar a discussão e as ações concretas, primeiro no que diz respeito ao direito à saúde da população fronteiriça e, segundo, as intencionalidades quanto à construção, de forma conjunta, de um sistema integrado de saúde.

2.4.3 Desafios da integração: a proposta do SIS-Mercosul

O desafio da integração no setor da saúde está justamente em se pensar num sistema que garanta o direito à saúde transcendendo as normatizações constitucionais dos países-membros, ou seja, que supere as diferenças, das quais algumas foram apontadas até aqui. A tarefa de concretizar a integração do setor da saúde no Mercosul, na região de fronteira, não deve levar em conta unicamente as normatizações jurídico-formais de cada país, mas também

¹⁷ Anotações realizadas da palestra intitulada “As interfases entre o social e a saúde e as exigências de pesquisa”, proferida no Seminário Internacional Fronteira Mercosul: as interfases entre o social e o direito à saúde, realizado em Florianópolis, entre os dias 23 e 24 de maio de 2005.

as reivindicações e pressões da parcela populacional que tem direito a um tratamento equitativo de saúde e que este direito seja incorporado à sua cidadania mesmo que estes cidadãos estejam fora do seu território nacional.

As tratativas no sentido de concretizar a integração dos quatro sistemas nacionais de saúde, na linha de fronteira, estão em discussão, e a proposta é a consolidação do SIS-Mercosul, cujo objetivo principal é a reversão da situação precária em saúde vivida pela população fronteiriça.

A necessidade de criação do SIS–Mercosul parte da constatação da realidade cotidiana, que se impõe às restrições legais, vivenciada nas fronteiras pela população que transita ou reside na região. Esta imposição de uma solução conjunta é visível em relação à saúde, pois o controle de doenças e desastres naturais não respeita fronteiras; as estruturas de média e alta complexidade demandam organização de entrada e escala de uso; as diferenciações no padrão de qualidade e no escopo da atenção ofertada estimulam imigrações para o uso de serviços nos países vizinhos; a utilização dos serviços por parte de populações estrangeiras à nação ofertante, representada pelo fluxo informal da demanda, gera sub-registros e dificuldade de planejamento das ações; as peculiaridades das fronteiras e o caráter de intersetorialidade da saúde a tornam afeta ao desenvolvimento e qualidade de infraestrutura (GALLO et al., 2004a).

Autores¹⁸ que se dedicam à discussão da integração na área da saúde enfatizam que este é um processo lento, uma vez que demanda diversos acordos que necessitam ser construídos ao longo do tempo. Segundo Dain (2004), deve haver uma separação entre acordos baseados nos princípios de harmonização dos sistemas de saúde, ou seja, na

¹⁸ Dentre os autores que realizam esta discussão podem-se citar: Gallo et al. (2004; 2004a); Dain (2004); Holanda (2004); Reis (2004) e Castro (2004). Os estudos recentes dos referidos autores encontram-se sistematizados na publicação do Ministério da Saúde do Brasil em conjunto com a OPAS intitulada **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. GALLO, E; COSTA, L. (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

compatibilização dos protocolos e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, e acordos centrados na operação concreta de projetos transfronteiras que implicam a reorganização da atenção em bases regionais, a partir das necessidades da população.

No referente ao processo de harmonização dos sistemas de saúde, Dain (2004) destaca o desenvolvimento de ações, por parte dos quatro países, de prevenção de doenças infectocontagiosas como DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, febre amarela, cólera, etc., e também de doenças não transmissíveis como doenças cardiovasculares, uso excessivo de álcool e fumo. As ações preventivas podem privilegiar programas comuns de treinamento e capacitação em saúde pública e assistência social entre os quatro países. Segundo a autora, o conjunto de ações preventivas no campo dos serviços sociais deve ser reforçado inclusive com campanhas conjuntas, pois o campo preventivo independe da natureza do financiamento, sendo de responsabilidade estatal em todos os países do Mercosul.

Já as ações de transfronteirização exigem a reorganização ou adaptação do sistema de saúde brasileiro às demandas na fronteira. Dain (2004) alerta para a separação das ações para pacientes brasileiros a serem realizadas fora do país e as ações de saúde para pacientes advindos de outras nacionalidades realizadas no Brasil. No caso do atendimento de brasileiros em outros países, bastaria credenciar alguns serviços além da fronteira que operariam segundo a tabela do SUS, sem pressões ou mudanças sobre a forma de financiamento desses serviços prestados. Porém, quanto ao atendimento de estrangeiros no SUS, a situação não é a mesma, “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” (DAIN, 2004, p. 92). O resultado seria que poucos pacientes estrangeiros poderiam usufruir da infra-estrutura de serviços de saúde no SUS e obter ressarcimento de seus gastos sem uma ação estatal voltada para diluir a separação entre financiamento público e privado.

Esta diferenciação nos padrões de financiamento entre os países-membros na consolidação de uma alternativa para o atendimento da saúde da população fronteiriça pode, futuramente, direcionar a proposta de um sistema integrado de saúde para ações integradas de saúde, visto as dificuldades encontradas pela heterogeneidade entre os modelos de atenção à saúde.

No entanto, não são somente as diferenças na natureza das fontes de financiamento dos países que podem prejudicar a materialização do SIS-Mercosul. Outro fator importante é a comunicabilidade e eficiência dos sistemas de informação dos países (GALLO et al., 2004a). Primeiramente, verifica-se a fragilidade e a falta de sistematização das informações colhidas para o conhecimento da realidade de fronteira. Ou seja, tanto o Ministério da Saúde do Brasil como os municípios fronteiriços encontram dificuldades em coletar informações concretas da realidade referente aos atendimentos de saúde realizados a estrangeiros ou brasileiros não residentes para fundamentar políticas de saúde integradas com os municípios dos países vizinhos.

Identifica-se também que a integração e compatibilização dos sistemas de informação em saúde entre os países são essenciais para a evolução do SIS-Mercosul, pois, como aponta Gallo et al. (2004a), a troca de informações sistemáticas entre os sistemas de saúde é fundamental para identificar previamente equipamentos, serviços e fluxos de usuários, os recursos ociosos e sobrecarregados e a necessidade e priorização da implementação de novos serviços. A troca de informações em saúde entre os países, através de um canal de comunicação oficial e com dados padronizados, pode confluir para o desenvolvimento de serviços e ações de saúde de forma planejada.

Mesmo com essas heterogeneidades, o SIS-Mercosul configura-se como uma ferramenta auxiliar ao processo de gestão supranacional, cujo objetivo é garantir agilidade às respostas do sistema de saúde à população em paralelo aos avanços no plano diplomático para

a harmonização dos sistemas. Ou seja, uma ferramenta que articule as políticas nacionais em torno das necessidades de saúde da população fronteiriça, uma vez que o município vizinho é também o país vizinho, o que pressupõe barreiras diplomáticas e legais diferenciadas.

Segundo GALLO et al. (2004a, p. 45), os principais méritos do SIS-Mercosul são os seguintes:

a racionalização da oferta que poderá ser planejada e reorganizada de acordo com a territorialidade; [...] a regulação das relações e ações hoje existentes; definição da forma e critérios de ressarcimento pelo uso compartilhado do sistema; a abertura de novas possibilidades de financiamento (públicos e privados); [...] e impressão de transparência na definição de nortes e em sua gestão incrementando a participação social e cooperação entre os Estados membros do Mercosul.

Como apontado, uma das iniciativas do SIS-Mercosul seria a regulamentação do conjunto de ações e práticas de saúde informais já existentes entre os municípios vizinhos nas três fronteiras através do necessário embasamento jurídico, assim como a capacidade de custeio e estabilidade no fluxo de financiamento dessas ações em saúde. Em termos de financiamento, segundo Dain (2004, p. 91), algumas das ações supranacionais como as relativas “à prevenção e aos medicamentos de alto custo [...] deveriam ser objeto de um acordo financeiro separado”, dissociado das ações da política de saúde e financiado com aportes de recursos dos países e também com doações internacionais. O resultado seria o estabelecimento de um fundo financeiro de natureza supranacional que contasse com fontes de financiamento diversas a partir de contribuições e doações internacionais que garantissem a produção e distribuição, por exemplo, de medicamentos essenciais (DAIN, 2004).

Sabe-se que a afirmação de acordos supranacionais referentes à integração e principalmente ao financiamento desta integração, bem como o estabelecimento de um fundo financeiro são tratativas constituídas a nível ministerial entre os quatro países-membros e que constituem um processo lento caracterizado por negociações demoradas que protelam a

satisfação das necessidades de saúde da população de fronteira e imobilizam os municípios de garantirem o acesso às ações e serviços de saúde a essa população.

Gallo et al. (2004a, p. 48) aponta que “na realidade, a questão do financiamento é uma questão chave no SIS. Conquanto sua solução definitiva exija um longo processo reflexivo [...] no curto prazo, a simples superação do estrangulamento no financiamento” de alguns municípios fronteiriços, em geral aqueles com maior demanda fronteiriça, pode melhorar a atenção à saúde na região. Diante dessa situação, uma alternativa, que o Estado brasileiro está encaminhando para materialização, é o aumento do teto financeiro desses municípios que atendem a população advinda de outros países.

No entanto, como as bases legais do acordo de integração não estão firmadas, na prática, a solução encontrada pelos municípios brasileiros fronteiriços para a provisão de ações em saúde e serviços sociais para a população fronteiriça são parcerias e acordos informais que acabam por sobrecarregar tanto os recursos financeiros como os recursos humanos destes municípios.

Na verdade, o que está em discussão não são somente os recursos financeiros para a garantia da assistência à saúde e sim a definição e materialização da cidadania na região de fronteira, a concretização e asseguramento do direito à saúde como um direito que deve contemplar os elementos emergentes e particulares do contexto da região.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA: AS PARTICULARIDADES DA PESQUISA SOCIAL E O CAMINHO PERCORRIDO NA INVESTIGAÇÃO

A escolha de um dos caminhos e possibilidades de análise e interpretação dos fatos sociais transcende, muitas vezes, a problemática de pesquisa que se deseja desvendar ou conhecer. A opção por um método de análise da realidade social não está isenta dos valores, da visão de homem e de mundo do pesquisador. Também a escolha de um método de análise não significa “admiti-lo como a única forma possível de se chegar ao conhecimento, mas como a forma que entendemos ser a melhor, a mais profunda, a mais completa” (PRATES, 1995, p. 61).

A partir desses pressupostos e na intencionalidade de atingir os objetivos definidos pelo estudo, optou-se pela abordagem do método dialético marxista, que se situa “no plano da realidade, no plano histórico, sob a forma da trama das relações contraditórias, conflitantes de leis de construção, desenvolvimento e transformação dos fatos” (FRIGOTTO, 1994, p. 75). Entende-se que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de serviço social situa-se num contexto, que é a área da saúde, permeado de conflitos e contradições.

Mas somente perceber este contexto não basta para constituir uma análise na perspectiva dialética, ou seja, não é suficiente apenas perceber a realidade social, “a coisa em si”, como esta se manifesta imediatamente ao homem. Como afirma Kosik (1976), para compreender a realidade social, é preciso não só fazer um esforço, mas também fazer um *détour*, pois esta não se apresenta aos homens, à primeira vista, sob o aspecto de um objeto que se pretende analisar e compreender teoricamente.

A dialética não considera os produtos fixados, as configurações e os objetos, todo o conjunto do mundo material reificado, como algo originário e independente. Do mesmo modo como assim não considera o mundo das representações e do pensamento comum, não os aceita sob seu aspecto

imediatos: submete-os a um exame em que as formas reificadas do mundo objetivo se diluem, perdem a sua fixidez, naturalidade e pretensa originalidade para se mostrarem como fenômenos derivados e mediatos, como sedimentos e produtos da *práxis* social da humanidade (KOSIK, 1976, p. 16-17).

Assim, a perspectiva dialética impõe o desafio de compreensão da realidade que se pretende investigar, a partir do pensamento crítico, da desfeticização do fenômeno. Ou seja, transcender a paisagem e as informações imediatas, o cotidiano aparente, o discurso ideologizado que se desenvolve no campo da saúde, em relação à problemática abordada pelo estudo. Mas, principalmente, estabelecer a conexão do conhecimento já produzido com o conhecimento empírico, transitar na investigação do singular, particular, à totalidade, partindo do concreto e da história, ou seja, “dos homens realmente ativos e, a partir de seu processo de vida real, expõe-se também o desenvolvimento dos reflexos ideológicos e dos ecos desse processo de vida” (MARX; ENGELS, 1977, p. 37).

A busca pela apreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade, no estudo ora proposto é a apreensão da intervenção profissional dos assistentes sociais e o compromisso com a garantia à saúde a determinado grupo social - a população fronteira - numa determinada realidade que é a linha das fronteiras do Mercosul que se apresenta conflitante e contraditória.

Sendo assim, o processo de pesquisa na perspectiva dialética busca garantir a explicação do particular no geral e vice-versa. Segundo Minayo (1994, p. 70), a perspectiva totalizadora “(a) ao mesmo tempo que vê a realidade objetiva como um todo coerente, (b) compreende e analisa as partes do todo formando correlações concretas de conjuntos e unidades sempre determinadas”. Ou seja, as particularidades de cada caso ou pesquisa, a partir da observação empírica, devem fazer a conexão entre a estrutura social e política.

Portanto, em consonância com o método dialético marxista, o estudo proposto tem enfoque *qualitativo*, pois possibilita estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e

suas intrincadas relações sociais estabelecidas em diversos ambientes além de permitir a compreensão do fenômeno a partir do contexto em que ele ocorre e do qual é parte devendo ser analisado numa perspectiva integrada com o contexto mais amplo.

A necessidade de aprofundar o estudo sobre a intervenção desenvolvida pelos assistentes sociais na região das fronteiras, na área da saúde, fez com que se escolhesse esta perspectiva metodológica; além disso, o

objeto das ciências sociais é essencialmente *qualitativo*. Se falamos de *Saúde* ou *Doença*, essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico [...]. Isso implica considerar sujeito de estudo: *gente em determinada condição social*, pertencente a *determinado grupo social ou classes com suas crenças, valores e significados*. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 1994, p. 21-22).

É pelo fato do estudo demandar e abranger todos estes aspectos citados por Minayo (1994) que se escolheu a metodologia qualitativa no intuito de responder ao problema do estudo que se encontra num contexto de classes sociais, de relações sociais, num ambiente complexo que é a área da saúde. E por entender também que, nas ciências sociais, diferentemente das ciências naturais, os fenômenos estudados são complexos, não sendo fácil separar causas e motivações isoladas. São fenômenos que não podem ser reproduzidos em laboratório e submetidos a controle (MARTINS, 2004).

A abordagem qualitativa privilegia, de um modo geral, a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, buscando desvelar a relação desses microprocessos com o contexto mais amplo do sujeito como ser social e histórico (MARTINS, 2004; TRIVIÑOS, 1987). É importante salientar também que, na abordagem da pesquisa qualitativa, não há neutralidade do saber científico; este, ao contrário da perspectiva positivista, encontra-se permeado pelo conhecimento teórico do pesquisador.

A partir desses pressupostos, construiu-se o caminho da pesquisa, tomando o cuidado de não ir a campo sem prever as formas de realizá-la, pois o improvisado pode significar romper

os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento (MINAYO, 1994).

O **objetivo** que pauta o processo de pesquisa é identificar como ocorre a articulação entre a intervenção profissional do assistente social, o Projeto Ético-Político da profissão e a efetivação do acesso¹⁹ à saúde à população fronteiriça que procura o SUS, nos municípios fronteiriços da Região Sul e Mato Grosso do Sul. Como **objetivos específicos** buscou-se o seguinte: (1) caracterizar a ação profissional dos assistentes sociais que intervêm na área da saúde com a população fronteiriça que busca atendimento no SUS; (2) conhecer a concepção de saúde e de direito à saúde dos assistentes sociais; (3) identificar as estratégias²⁰ desenvolvidas pelos assistentes sociais para possibilitar o acesso da população fronteiriça ao SUS, e (4) identificar como e com quais demandas a população fronteiriça chega ao atendimento do serviço social.

Delimitaram-se como **questões norteadoras** do estudo:

1. Quais as estratégias desenvolvidas pelos assistentes sociais que intervêm na área da saúde, nos municípios fronteiriços, para possibilitar o acesso da população advinda do trânsito interfronteira?
2. Quais as características da intervenção profissional dos assistentes sociais que trabalham na área da saúde nas fronteiras do Mercosul?

¹⁹ O termo “acesso” está sendo empregado no sentido de garantir o ingresso dos indivíduos – no caso do estudo em questão, os indivíduos fronteiriços – no sistema de saúde ou seu acesso ao uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (PEREIRA, 2000). Segundo o autor o acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural, que extrapolam a assistência à saúde. “A acessibilidade aos bens e serviços deveria ser garantida em seus diversos componentes: 1. acessibilidade geográfica – através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; [...] a distância, o tempo necessário para cobri-las e os meios de transporte devem ser aceitáveis pela população [...]; 2. acessibilidade econômica – implica a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário [...]; 3. acessibilidade cultural – com a adequação das normas e técnicas aos hábitos e costumes da população usuária; 4. acessibilidade funcional – através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população” (PEREIRA, 2000, p. 522).

3. Os assistentes sociais desenvolvem ações específicas na intervenção profissional com a população fronteiriça que procura o SUS?
4. Qual a concepção de saúde e direito à saúde que norteia a intervenção profissional dos assistentes sociais nas fronteiras do Mercosul?
5. Como a intervenção dos assistentes sociais e o compromisso com o Projeto Ético-Político profissional contribuem para promover o acesso da população fronteiriça ao SUS?
6. Quais são as características e demandas da população fronteiriça que busca o SUS em relação ao serviço social?

No sentido de responder às questões norteadoras e atender aos objetivos propostos utilizaram-se como instrumental metodológico a **entrevista**, a **observação assistemática** ou **não estruturada** e o **diário de campo**.

A **entrevista** é caracterizada por Minayo (1994) como uma situação de interação em que as informações fornecidas pelos sujeitos podem, em qualquer medida, ser afetadas pela natureza de sua relação com o entrevistador. Neste caso, a interação com os profissionais de serviço social que intervêm na área da saúde, nos municípios fronteiriços. Segundo a mesma autora o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações

é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...] e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1994, p. 109-110).

Dentre os tipos de entrevista, utilizou-se a **entrevista semi-estruturada**, um dos principais meios que o pesquisador tem para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, considerando que “valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas

²⁰ Ações ou técnicas desenvolvidas pelos (as) assistentes sociais que trabalham na área da saúde nas fronteiras do Mercosul no sentido de explorar condições favoráveis e meios disponíveis com o fim de promover o acesso da população fronteiriça ao SUS.

possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Entende-se que a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos ou de um roteiro com poucas questões, apoiado em teorias e hipóteses que interessem à pesquisa, por isso mesmo desprovido de neutralidade, por entender que o ponto de vista dos atores sociais, sujeitos do estudo, encontra-se num contexto de conflitos e contradições (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1994).

Os questionamentos fundamentais do roteiro da entrevista foram resultado da teoria que orienta o estudo, mas também de novas interrogativas e fruto de novas hipóteses que foram surgindo à medida que se obteve o retorno dos sujeitos. O roteiro da entrevista constituiu-se num guia, uma vez que não foi possível prever todas as situações e condições do trabalho de campo, e teve como preocupação responder às seguintes condições, apontadas por Minayo (1994, p. 99):

(a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; *(b)* permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; *(c)* contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

A preocupação com a elaboração das questões centrais da entrevista semi-estruturada, se justifica, pois a comunicação verbal dos sujeitos reflete e refrate os conflitos e contradições do sistema (MINAYO, 1994).

Com o intuito de captar o máximo possível das informações do cenário conflitante e contraditório onde se inserem os sujeitos da pesquisa, optou-se pelo uso de outras duas técnicas de coleta de dados, a observação e o diário de campo.

Quanto à **observação**, esta é

uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos e fenômenos que se desejam estudar (MARCONI; LAKATOS, 2001, p. 190).

Esta técnica auxiliou a identificar e obter provas a respeito dos objetivos da pesquisa a partir do comportamento e das ações, formais e informais, não possíveis de serem captadas somente pela entrevista, dos sujeitos, bem como a respeito dos aspectos políticos do cenário envolvido no estudo, neste caso as cidades fronteiriças.

A **observação assistemática**, ou **não-estruturada**, conforme definem Marconi e Lakatos (2001), consistiu no recolhimento e registro dos fatos da realidade estudada sem a utilização de meios técnicos especiais ou a partir de questionamentos diretos aos sujeitos. No caso da pesquisa, as observações foram registradas metodicamente em diário de campo e tiveram como base as observações realizadas no momento das entrevistas com os assistentes sociais, dos contatos estabelecidos com as pessoas que informaram sobre a situação de saúde dos municípios, sobre o fluxo da população fronteiriça que procura o SUS e sobre o cenário, as características físicas, geográficas, estruturais, econômicas e políticas das cidades.

A observação ocorreu sem que se tivessem determinado anteriormente os aspectos relevantes a serem observados e os meios para observá-los, ou seja, o conhecimento foi casual, uma vez que não se conhecia o contexto a ser estudado.

A escolha do **diário de campo** visa a complementar as informações sobre o cenário onde estão envolvidos os sujeitos da pesquisa a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas nas entrevistas formais. As anotações realizadas no diário de campo podem ser entendidas “como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, elas compreenderiam descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo” (TRIVINÕS, 1987, p. 154).

As anotações realizadas no diário de campo foram descritivas, pois se entende que a “exatidão das descrições dos fenômenos sociais é um requisito essencial da pesquisa qualitativa, como primeiro passo para avançar na explicação e compreensão da totalidade do

fenômeno em seu contexto, dinamismo e relações” (TRIVIÑOS, 1987, p. 155). Também se realizaram anotações de cunho reflexivo, surgidas em face da observação dos acontecimentos, processos e questões que devem ser aprofundados a partir de maiores informações ou indagações, pois se entende que estas reflexões avançam na busca de significados e explicações dos fenômenos (TRIVIÑOS, 1987).

Essas informações, de natureza descritiva e reflexiva, imprimiram um caráter genérico ao diário de campo, tornando-o retrato de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa.

Somado a esses instrumentos metodológicos, o aprofundamento teórico e bibliográfico foi um processo constante, evidenciando as categorias e possibilitando, assim, dar ao estudo em questão um caráter mais apropriado.

A **revisão de literatura** constituiu-se na realização de um estudo teórico elaborado a partir da reflexão pessoal e da análise de documentos escritos, originais, primários, denominados fontes (SALVADOR, 1986). Este recurso é indicado por vários motivos, dentre os quais se destaca a possibilidade de se investigar um leque amplo de informações ou fenômenos que uma abordagem direta não permitiria e de se utilizar dados que advêm de diferentes áreas e que se encontram dispersos em inúmeras publicações.

Através da realização da revisão de literatura, pretendeu-se referenciar e aprofundar a discussão em alguns eixos centrais: direitos e cidadania; direito à saúde; direito à saúde no Mercosul; contexto macrossocietário e sua relação com a garantia do direito à saúde, com o Projeto Ético-Político da Profissão e com a intervenção do assistente social na garantia dos direitos, em especial à saúde.

Este processo constou de algumas fases, como levantamento da bibliografia e das informações contidas na bibliografia de acordo com os objetivos da pesquisa. A fase seguinte consistiu na análise, a partir de uma leitura crítica do pesquisador dos dados levantados para explicar, discutir, justificar os fatos e informações contidas no material pesquisado.

Selecionou-se o material referente às publicações relacionadas com os eixos mencionados em periódicos nacionais, bem como publicações da área da saúde, serviço social e áreas afins como a saúde pública e a saúde coletiva.

A partir destes instrumentos utilizados, ampliou-se a possibilidade de coletar os dados da pesquisa dentro da proposta de identificar como ocorre a articulação entre a intervenção profissional do assistente social, o Projeto Ético-Político da profissão e a efetivação do acesso à saúde à população fronteiriça que procura o SUS, nos municípios fronteiriços, trazendo amplo material para a análise. O contexto observado será descrito com a finalidade de auxiliar na compreensão da análise posterior.

3.1 Cenário da coleta de dados da pesquisa

Esta pesquisa está vinculada ao projeto “*Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*”²¹, por meio de um convênio realizado entre as instituições de ensino superior Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através do Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas, e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST).

O projeto de pesquisa supramencionado busca aprofundar a reflexão sobre como e sob quais perspectivas ético-políticas o direito à saúde vem se consolidando na região das fronteiras entre o Brasil e demais países do Mercosul e tem como objetivos: 1) caracterizar o perfil da demanda para as ações e serviços de saúde e para o atendimento sócio-assistencial correlato buscando evidências sobre o trânsito populacional interfronteiras; 2) aprofundar a

reflexão sobre como e sob quais perspectivas ético-políticas o direito à saúde vem se consolidando nos países do Mercosul, estabelecendo uma aproximação com as medidas de proteção social da saúde que vêm sendo elaboradas pela União Européia; e 3) produzir conhecimento que subsidie as decisões quanto à proteção social da saúde na região das fronteiras Mercosul, buscando favorecer o alcance da integração social e não unicamente econômica (NOGUEIRA, 2003).

O projeto “*Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*” tem como campo de pesquisa os municípios fronteiriços brasileiros, da região sul, com mais de 10 mil habitantes. A coleta de dados ocorreu em dois níveis de aproximação, obedecendo ao desenho detalhado a seguir:

1. Nos municípios fronteiriços, os dados foram colhidos através de um formulário com questões abertas e fechadas. Este instrumento permitiu resgatar informações relativas ao perfil da demanda pela proteção social da saúde e as respostas oferecidas pelos organismos responsáveis, indicando as debilidades em relação à acessibilidade. Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais ligados às Prefeituras Municipais e que têm o contato inicial com os solicitantes ou, em não havendo o assistente social, o responsável pelo setor da saúde.
2. Nos municípios de 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, os sujeitos da pesquisa foram: secretário municipal de saúde (no papel de gestor e de conselheiro de saúde), um representante dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde e o assistente social responsável pelo setor de proteção social da saúde. A

²¹ Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq,

finalidade foi caracterizar de forma acurada a situação sanitária, ampliar a compreensão sobre a demanda, sobre a dinâmica do atendimento, as regulações sobre o acesso e as negociações políticas que vêm sendo realizadas, procurando recolher informações relativas às contratualidades estabelecidas no setor, as condições de acessibilidade, os programas desenvolvidos e as maiores demandas. Como forma de validação dos dados foram realizados três grupos focais com os assistentes sociais relacionados ao setor saúde, em São Miguel do Oeste e Foz do Iguaçu.

Para a coleta de dados do projeto, estabeleceu-se uma rede de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior nos três estados da Região Sul, contando com a participação, como auxiliares de pesquisa, dos bolsistas de graduação de iniciação científica e dos bolsistas de mestrado e, como coordenadores, dos professores que integram o corpo docente dos cursos de graduação em Serviço Social e Enfermagem. As instituições envolvidas são as seguintes: Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE); Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ); Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Faculdade União das Américas (UNIAMERICA) e Faculdade Educacional de Medianeira (FACEMED), além da PUCRS mencionada anteriormente.

O cenário escolhido para obtenção dos dados que embasam a pesquisa sobre a intervenção dos (as) assistentes sociais na área da saúde nos municípios fronteiriços com a população de fronteira que busca por ações e serviços de saúde no SUS, foram os municípios fronteiriços²² dos três estados da Região Sul do Brasil e Mato Grosso do Sul.

A Região Sul do país, compreendendo seus três estados, faz fronteira com os países do Mercosul, sendo, Paraná com Paraguai e Argentina, Santa Catarina somente com Argentina e

sob a coordenação da Prof^a Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

²² Segundo o IBGE (2005), os municípios na faixa de fronteira são classificados em: fronteiriço, com área parcial ou totalmente na faixa de fronteira.

Rio Grande do Sul com Argentina e Uruguai. Esta região do país possui o maior número de municípios pertencentes à faixa de fronteira²³, um total de 403 cidades distribuídas nos três estados: Paraná com 139 municípios, Santa Catarina com 82 municípios e Rio Grande do Sul com 182 municípios. O estado do Mato Grosso do Sul faz fronteira, dentre os países do Mercosul, com o Paraguai, possuindo também 44 municípios pertencentes a faixa de Fronteira (IBGE, 2005).

É importante destacar que o vínculo interinstitucional entre a PUCRS e a UFSC, e o apoio financeiro recebido do CNPq para o projeto *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde* possibilitaram que a coleta de dados dos dois estudos ocorresse no mesmo período. A primeira etapa de ida a campo para a coleta de dados foi realizada no estado do Rio Grande do Sul, entre os dias 16 de janeiro e 01 de fevereiro de 2005, com saída da cidade de Florianópolis até a cidade de São Borja (RS), início do trajeto. Na seqüência percorreu-se outros sete municípios: Itaqui (RS), Uruguaiana (RS), Quaraí (RS), Santana do Livramento (RS), Dom Pedrito (RS), Bagé (RS) e Jaguarão (RS). A segunda etapa da coleta de dados ocorreu nos estados do Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, respectivamente, entre os dias 29 de março e 8 de abril de 2005. Com saída da cidade de Concórdia percorreu-se, nesse período, as cidades de Foz do Iguaçu (PR), Santa Helena (PR), Ponta Porã (MS), Dourados (MS), São Miguel do Oeste (SC) e Paraíso (SC).

A delimitação dos 14 municípios da pesquisa se deu a partir dos seguintes critérios: possuírem mais de 10 mil habitantes, com exceção da cidade de Paraíso²⁴, e serem considerados, segundo classificação do IBGE (2005), como municípios fronteiriços, ou seja,

²³ “A Faixa de Fronteira compreende uma faixa interna a 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, considerada área indispensável à Segurança Nacional, onde é vedada, sem o prévio assentimento do órgão federal competente, a prática de atos referentes a: concessão de terras, abertura de vias de transporte e instalação de meios de comunicação; construção de pontes, estradas internacionais e campos de pouso; estabelecimentos ou exploração de indústrias que interessem à Segurança Nacional” (IBGE, s/p, 2005).

municípios que fazem fronteira direta nos seus limites territoriais com outra cidade estrangeira, proporcionando, assim, o trânsito da população fronteiriça. A delimitação dos municípios em função do número de habitantes e da localização na linha de fronteira se fez necessária a fim de viabilizar a pesquisa com um número mais reduzido de cidades, possibilitando a coleta de dados em tempo hábil, respeitando o orçamento e o prazo previsto no cronograma.

Alguns destes municípios se constituem como pólos de entrada da população fronteiriça usuária do SUS, como é o caso de Uruguaiana, São Borja, Santana do Livramento, Jaguarão, Foz do Iguaçu e Ponta Porã. Além disso, contam com uma maior capacidade instalada de serviços de saúde que contempla os três níveis de complexidade. Assim, dada a amplitude e diversidade da realidade local encontrada em cada município e em cada serviço, o tempo de permanência para a coleta dos dados variou em cada cidade. Foram dois dias nas cidades-pólo; um dia nas cidades de Itaqui, Quaraí, Bagé, Dom Pedrito, Santa Helena, Dourados, São Miguel do Oeste e Paraíso, e quatro dias em Foz do Iguaçu.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, entende-se e concorda-se com Duarte (2002, p. 141) que a “definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere

²⁴ O município de Paraíso possui 4.700 habitantes, não se encaixando, portanto, na amostra determinada previamente, mas entrou no roteiro da pesquisa devido ao fluxo de estrangeiros que a área da saúde recebe no município.

diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise mais ampla do problema delimitado”.

Com essa preocupação e partindo do cenário, já caracterizado, da coleta dos dados e do objetivo central que norteia a pesquisa, foram considerados como sujeitos do estudo os profissionais assistentes sociais relacionados ao setor de saúde, que no momento da coleta de dados, estiveram intervindo profissional e diretamente na área da saúde com a população fronteiriça que busca atendimento SUS nos municípios delimitados.

Portanto, delimitaram-se os sujeitos da pesquisa a partir de uma **amostra intencional** que, segundo Marconi e Lakatos (2002), se caracteriza pelo interesse do pesquisador na opinião de determinado grupo da população, neste caso os assistentes sociais que intervêm na área da saúde com a população fronteiriça. O pesquisador se dirige a àqueles sujeitos que, segundo seu entender, pela profissão, função ou cargo ocupado, podem contribuir a atingir os objetivos propostos pelo estudo.

É importante esclarecer que não foi possível delimitar, *a priori*, o número de assistentes sociais que iriam compor o quadro de entrevistas devido à impossibilidade de contatos prévios, seja por telefone, correspondência ou meio eletrônico, com as secretarias municipais de saúde ou prefeituras dos municípios delimitados no intuito de mapear quantos profissionais trabalhavam na área da saúde e quantos desses atendiam a população fronteiriça nos serviços oferecidos pelo SUS.

A aproximação com os sujeitos da pesquisa ocorreu, em cada município, a partir do contato direto com funcionários das prefeituras e das secretarias municipais de saúde que indicaram ou fizeram referência a esses. A partir das indicações foi possível buscar o contato direto com os assistentes sociais, sujeitos do estudo, e estabelecer a relação para viabilizar as entrevistas.

Ao todo foram entrevistados (as) 08 assistentes sociais, nos três níveis de atenção à saúde (atenção básica – UBS, média complexidade – Centros de Especialidades e alta complexidade – Unidades Hospitalares). A delimitação para a validação ou não da entrevista se deu com base na qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como na profundidade das informações. Esclarece-se que a coleta de dados se deu por finalizada somente depois de esgotadas todas as possibilidades, ou seja, as entrevistas foram finalizadas a partir da constatação de que não havia mais sujeitos da pesquisa no município, além de levar em consideração a saturação das informações no caso daqueles municípios onde havia mais de um assistente social. Enquanto se percebeu que surgiam dados originais e pistas relevantes que pudessem indicar novas perspectivas à investigação, as entrevistas continuaram sendo realizadas (DUARTE, 2002).

As situações de contato entre pesquisadora e sujeitos da pesquisa configuraram-se como parte integrante do material de análise; registrou-se, em diário de campo, como foram estabelecidos esses contatos, a receptividade pelos entrevistados, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento e o local onde se realizou a entrevista. Essas informações, aglutinadas sem a formalidade da entrevista, forneceram elementos significativos para a leitura e interpretação posterior, bem como para a compreensão do universo investigado.

As anotações em diário de campo, em geral, foram realizadas ao final de cada dia de coleta de dados com o objetivo de garantir o maior detalhamento possível de todas as situações ocorridas e das entrelinhas nas falas dos sujeitos durante as entrevistas. Utilizou-se um esquema de cores no diário, sendo o preto para a descrição das situações ocorridas no dia, o azul para as informações referentes aos sujeitos da pesquisa, e o vermelho para os comentários e impressões.

No que se refere à transcrição das fitas, esta foi realizada após o término de cada etapa da coleta de dados, pois não se dispunha de tempo nem de espaço adequado para realizar as transcrições durante o período da coleta de dados.

3.3 Análise e interpretação dos dados

Vencida a etapa de coleta de dados, iniciou-se, então, a etapa de tratamento e análise do material. Salienta-se que estas duas etapas, na pesquisa qualitativa, não se ativeram a uma seqüência rígida, ou seja, não se processaram de forma estanque, pois as informações coletadas, ao serem interpretadas, originaram a exigência ou necessidade de novas buscas de dados.

A coleta de dados acumulou, ao final, uma densa e grande quantidade de informações, e, por isso, tornou-se necessário maior cuidado e atenção no processo de análise, não só pela dificuldade que a quantidade de material demanda, mas principalmente quando o dilema atual é a superação de esquemas interpretativos formais ou funcionalistas.

A etapa de análise das informações coletadas deve evitar a compreensão espontânea dos fatos, como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador; mesmo este entendendo que possui uma familiaridade com o objeto, é importante manter a fidedignidade às significações contidas no material coletado, principalmente quando se trata de aliar teorias e conceitos mais abstratos com os dados recolhidos no campo de pesquisa.

Para que a análise dos dados estabeleça uma interlocução com os objetivos da pesquisa, é necessário que este material seja organizado segundo critérios relativamente

flexíveis e previamente definidos. Neste sentido, utilizou-se o método de análise de conteúdo por favorecer o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências e

para o desvelar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes etc., que, à simples vista, não se apresentam com a devida clareza. Por outro lado, o método de análise de conteúdo, em alguns casos, pode servir de auxiliar para instrumento de pesquisa de maior profundidade e complexidade, como, por exemplo, o método dialético. Neste caso, a análise de conteúdo forma parte de uma visão mais ampla e funde-se nas características do enfoque dialético (TRIVIÑOS, 1987, p. 159-160).

A análise de conteúdo proporciona estudar as comunicações entre os homens dando ênfase ao conteúdo das mensagens. Trabalha com o dito, com o conteúdo explícito das mensagens que podem estar expressas em entrevistas, questionários, formulários e em outros meios, pois se constituem em material mais estável e objetivo ao qual se poderá retornar todas as vezes que for necessário. No caso desta pesquisa, utilizou-se o método de análise de conteúdo nas mensagens escritas, a partir das respostas fornecidas pelos assistentes sociais nas entrevistas, onde a leitura, descrição e interpretação do conteúdo auxiliaram a reinterpretar as mensagens e a alcançar uma compreensão de seus significados num nível que ultrapasse a leitura comum.

O método de análise de conteúdo possui uma metodologia definida através de várias etapas, não estanques e rígidas, que são necessárias para constituir, ao final, a interpretação, ou seja, a análise de conteúdo pressupõe um caminho a percorrer para constituir a análise/interpretação. Também possui uma linguagem específica desenvolvida pelos diversos autores que o estudam.

Utilizou-se a técnica de Análise Temática, proposta por Minayo (1994), seguindo-se operacionalmente três etapas:

1) *Pré-Análise* – trata-se da escolha dos documentos a serem analisados e leitura flutuante do conjunto das comunicações a fim de tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; nesta etapa, ocorre a *Constituição do Corpus* a

partir da organização do material de tal forma que possa responder as normas de *exaustividade* (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); *representatividade* (que contenha a representação do universo pretendido); *homogeneidade* (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); *pertinência* (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).

Na fase de pré-análise, é necessário determinar a unidade de registro (palavra chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

2) *Exploração do Material* – a exploração do material consiste na operação de codificação, em que se realiza a transformação dos dados brutos a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto.

3) *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação* – nesta etapa, propõem-se inferências e realizam-se interpretações previstas conforme o quadro teórico, mas sem deixar de levar em conta outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas a partir da leitura do material.

4 OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO MERCOSUL

4.1 O contexto de inserção profissional na saúde na linha das fronteiras: achados, *não previstos*, do percurso

Este capítulo tem a responsabilidade, juntamente com a discussão teórica antecedente, de responder aos objetivos inicialmente traçados pelo estudo; portanto, têm-se nesse momento a exposição dos resultados e a análise dos mesmos conforme prevê a pesquisa.

Fundamentalmente, destaca-se que o período determinado para a primeira etapa de coleta dos dados, realizada no mês de janeiro devido aos recursos financeiros serem liberados pela agência financiadora – CNPq – somente no final do ano de 2004, dificultou o contato com as profissionais de serviço social²⁵, pois se caracterizou como um período atípico, uma vez que, no início do ano de 2005, tomaram posse as novas gestões municipais e, por decorrência, a maioria das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) tiveram seus gestores e funcionários técnicos de confiança trocados. A consequência desse contexto para o estudo foi que algumas assistentes sociais que trabalhavam na área da saúde, na região estudada, foram demitidas por exercerem cargos de confiança nas administrações passadas, mudando, assim, de local de trabalho ou mesmo de cidade.

Outro fator foi o número reduzido de assistentes sociais empregados na área da saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o estado do Mato Grosso do Sul possui cerca de 830 profissionais de serviço social; destes 122, encontram-se empregados na

área da saúde, já a Região Sul possui cerca de 8.042 profissionais; destes, 1.525 estão empregados na área da saúde, estando distribuídos nos três estados da região conforme ilustram os dados da Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição do número de assistentes sociais (AS) na área da saúde nos estados pesquisados

Estado	Total de AS	Nº de AS empregados na área da saúde
Paraná	2.989	477
Santa Catarina	2.121	430
Rio Grande do Sul	2.932	618
Mato Grosso do Sul	830	122

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005²⁶)

Os dados chamam a atenção para o reduzido número de assistentes sociais, realidade esta que se estende aos profissionais de saúde como um todo na região da linha das fronteiras, conforme as observações realizadas em diário de campo. Segundo as observações registradas, é possível perceber que alguns dos 14 municípios pesquisados enfrentam dificuldades para contratar equipes mínimas de profissionais de saúde, pois, além da ausência de assistentes sociais, não havia profissionais de enfermagem e médicos para prestar assistência à saúde. O contexto das fronteiras, segundo os gestores, muitas vezes não é atrativo em termos salariais e de oportunidade de empregabilidade aos profissionais de saúde (DAL PRÁ, 2005).

Numa análise particular da profissão de serviço social, tendo como base os dados mencionados, verifica-se que o número de assistentes sociais empregadas na saúde, nos municípios observados, conforme mostrará adiante a Tabela 2, caracteriza um déficit de profissionais, principalmente nos municípios de menor porte, como é o caso de Santa Helena, Quaraí e Paraíso. No entanto, chama a atenção a ausência de assistentes sociais, na saúde, no

²⁵ Nesse capítulo se fará referência às assistentes sociais, uma vez que todas as entrevistas foram realizadas com profissionais mulheres.

município de Uruguaiana, cidade que possui um porte médio, uma população considerável e grande capacidade instalada em saúde.

O déficit e/ou ausência de profissionais de serviço social nos municípios tem, ao menos, duas razões: 1) a perspectiva e a direção impressa à política de saúde pelas administrações municipais – secretários de saúde – em privilegiar ou não os aspectos sociais e o trabalho multi ou interdisciplinar e 2) a falta de recursos financeiros para garantir a contratação de assistentes sociais e outros profissionais da área, como apontado pelos gestores.

A falta de recursos financeiros para a contratação de assistentes sociais que trabalhem exclusivamente na política de saúde gera uma demanda escedente aos profissionais de serviço social que intervêm em outras políticas sociais, como é o caso da assistência social. Em geral, estes profissionais são solicitados a realizar, por exemplo, visitas domiciliares, pareceres e estudos sociais a pedido das SMS, sem condições e tempo de trabalho para se dedicar à área da saúde. Há casos ainda, em outros municípios, em que o trabalho do assistente social, apesar de reconhecida a necessidade de sua contratação, vem sendo realizado por outros profissionais, como enfermeiros, devido aos baixos salários pagos pelo município – o que não tem atraído os profissionais a virem trabalhar nessas cidades. Os gestores apontam que os profissionais teriam que ter uma forma de complementação salarial trabalhando em outro local, como, por exemplo, no hospital da cidade (DAL PRÁ, 2005).

A redução dos postos de trabalho para o serviço social vem associada, como apontado em capítulo anterior, ao suposto enxugamento dos recursos financeiros para a área social e a redução do papel do Estado, setor que atualmente emprega a grande proporção de assistentes sociais – cerca de 46,8% (Dedecca; Proni; Moretto, 2001) – seja de forma direta ou indireta em atividades de atenção à saúde.

²⁶ Segundo o Ministério da Saúde, esta base de dados é alimentada e atualizada a partir das

Mesmo com o reduzido número de profissionais nas fronteiras do Mercosul, determinado pelas questões apontadas, seguiu-se em busca dos sujeitos do estudo – as assistentes sociais. Nesse sentido, a Tabela 2 apresenta a identificação das profissionais que participaram da pesquisa.

Tabela 2 - Identificação dos sujeitos do estudo segundo município de origem, estado, dados populacionais, local de trabalho e número de profissionais entrevistadas

Município	UF	População ²⁷	Nº AS área saúde SIC ²⁸	Nº AS entrev. Hospitais SUS	Nº AS entrev. ambulatórios SUS	Nº AS entrev. unidades básicas de saúde SUS	Nº AS entrev. SMS	Total AS entrev.
Jaguarão	RS	31.293	03	00	00	00	00	00
Dom Pedrito	RS	41.619	02	00	00	00	00	00
Quaraí	RS	24.987	00	00	00	00	00	00
Santana do Livramento	RS	96.286	03	00	00	00	01	01 ²⁹
Bagé	RS	120.129	06	00	00	00	00	00
Uruguaiana	RS	133.481	00	00	00	00	00	00
São Borja	RS	66.896	01	00	00	00	00	00
Itaqui	RS	41.902	01	00	00	00	00	00
Foz do Iguaçu	PR	239.646	11	02	01	02	00	05
Santa Helena	PR	21.327	00	00	00	00	00	00
São Miguel do Oeste (SMO)	SC	32.928	01	00	00	00	00	00
Paraíso ³⁰	SC	4.179	00	-	00	00	00	00
Ponta Porã ³¹	MS	66.054	01	01	-	-	-	01
Dourados ³²	MS	179.810	01	01	-	-	-	01
Total			30					08

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados coletados na pesquisa de campo.

informações fornecidas pelos conselhos profissionais de cada categoria.

²⁷ Segundo IBGE (2005).

²⁸ O número de assistentes sociais foi levantado, segundo informações coletadas (SIC), durante a pesquisa de campo junto às profissionais de serviço social e às SMS.

²⁹ A assistente social entrevistada não está mais vinculada à SMS, pois seu contrato de trabalho encerrou em 2004; mesmo assim, forneceu as informações referentes ao período em que trabalhou na área da saúde.

³⁰ A cidade não possui unidade hospitalar, somente uma unidade mista de atendimento.

³¹ Os dados não foram fornecidos.

Durante a pesquisa de campo nos 14 municípios fronteiriços, contabilizou-se um número total de 30 profissionais de serviço social trabalhando na saúde. Desse número, conforme a Tabela 2, foram entrevistadas 08 profissionais nos três níveis de atenção à saúde, sendo: 04 profissionais no terceiro nível de complexidade (unidades hospitalares); 01 profissional no segundo nível de complexidade (centro de especialidade); 02 profissionais na atenção básica (unidades básicas de saúde) e 01 profissional em nível central na SMS do município.

Como foi apontado, não havia profissionais de serviço social na área da saúde nos municípios de Santa Helena, Quaraí, Uruguaiana e Paraíso. Nas cidades de São Borja, Itaqui, Dom Pedrito, Jaguarão, SMO e Bagé, havia assistentes sociais na área da saúde, porém nenhuma profissional intervinha junto à população fronteiriça. Já nas cidades de Foz do Iguaçu, Santana do Livramento, Dourados e Ponta Porá, foram encontradas profissionais que intervinham diretamente na área da saúde com o atendimento da população fronteiriça, conforme Tabela 3:

Tabela 3 – Tempo de trabalho das assistentes sociais na linha de fronteira

Assistente Social	Tempo de Trabalho na Linha de Fronteira
Marta ³³	1 ano
Janaina	1 ano e 6 meses
Tânia	4 meses
Célia	1 ano e 6 meses
Claudia	6 anos
Ana	2 anos e 6 meses
Marisa	9 anos
Elisa	5 anos

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados coletados na pesquisa de campo.

Isso significa dizer que, após a coleta de dados na região das fronteiras, a realidade do campo de pesquisa não permitiu responder aos objetivos dentro da área geográfica delimitada

³² Os dados não foram fornecidos.

inicialmente. O cenário que irá responder aos objetivos do estudo encontra-se nas fronteiras do Brasil com o Paraguai e Uruguai, nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso do Sul, uma vez que não foi possível entrevistar assistentes sociais em municípios na linha de fronteira com a Argentina, nos estados de Santa Catarina e na parte oeste do estado do Rio Grande do Sul.

Ressalta-se que os dados que compõem este capítulo foram sistematizados a partir das entrevistas gravadas com as assistentes sociais e das anotações realizadas em diário de campo. Está claro que as respostas levantadas na pesquisa são relativas às percepções que as profissionais têm, as quais evidentemente são determinadas por uma série de fatores e podem não representar exatamente a situação real.

Não foi possível a coleta de dados estatísticos sobre a população fronteiriça que procura os serviços de saúde e o serviço social em nenhum dos municípios pesquisados, exceto Jaguarão. A impossibilidade da coleta de dados estatísticos referente a esta população se deve à ausência e/ou à fragilidade do registro das informações – quanto às suas demandas e atendimentos – nas SMS. Há a alegação, por parte dos gestores e profissionais de saúde, que não há rubrica específica para anotações sobre o ingresso de fronteiriços nos procedimentos de saúde, nos três níveis de atenção do sistema, e também de que não recebem recursos financeiros pelo atendimento prestado, exceto quando a situação é caracterizada como urgência/emergência.

4.2 Os fronteiriços no SUS: sua entrada, características e demandas para o serviço social

³³ Todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios no intuito de preservar a identidade

A caracterização da população fronteiriça que busca assistência à saúde no SUS é o ponto de partida para a construção do conhecimento e de uma intervenção profissional junto a essa população que realmente atenda suas necessidades em saúde. Nessa direção, há a necessidade da investigação da realidade, das situações concretas de onde parte o acompanhamento dos processos sociais para o estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos atendidos pelo serviço social.

Assim, cabe iniciar apontando que existem diferenças entre as fronteiras brasileiras com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, pois cada uma possui sua especificidade. Os contextos diferenciados fazem com que a população fronteiriça, em cada país, apresente características e demandas específicas, que se refletem no trabalho das assistentes sociais que intervêm na saúde.

A primeira diferença para o serviço social, em termos de atendimento da população fronteiriça, a partir da realidade das três fronteiras pesquisadas, se relaciona com a quantidade de usuários que demandam sua intervenção na saúde. Após percorrer o cenário para a coleta dos dados, pode-se afirmar que o fluxo da população fronteiriça é diferenciado, apresentando-se com menor intensidade na fronteira com o Uruguai, na divisa entre as cidades gêmeas³⁴ de Santana do Livramento e Rivera e com maior intensidade na fronteira com o Paraguai, chamando a atenção para a Tríplice Fronteira entre Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú e para as cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero.

profissional de cada assistente social. Os nomes foram escolhidos aleatoriamente.

³⁴ Cidades gêmeas: “[...] adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infra-estrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações ‘condensadas’ dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania” (BRASIL, 2005a, p. 152). Na região estudada, as cidades gêmeas são: no *Paraná*: Foz do Iguaçu – Puerto Iguazú – Ciudad de Leste; no *Rio Grande do Sul*: São Borja – Santo Tomé, Itaqui – Alvear, Uruguaiana – Paso de Los Libres, Quaraí – Artigas, Santana do Livramento – Rivera, Jaguarão – Rio Branco; e no *Mato Grosso do Sul*: Ponta Porã – Pedro Juan Caballero.

Destaca-se que a maior concentração e trânsito de fronteiriços em busca de assistência à saúde e, por consequência, da intervenção das assistentes sociais na fronteira com o Paraguai têm algumas razões:

1. as diferenças existentes entre os dois sistemas nacionais de saúde – apontadas em capítulo anterior – principalmente em relação à gratuidade das ações e serviços oferecidos pelo SUS em confronto com a precariedade do sistema de saúde paraguaio;
2. o grande número de brasileiros residentes no Paraguai (brasiguaios) – aproximadamente 350 mil pessoas (DAL PRÁ, 2005)³⁵, das quais somente uma pequena parcela está legalizada – que retornam ao Brasil em busca de atendimento à saúde tendo Foz do Iguaçu como referência. Segundo informações coletadas na SMS, o impacto da população paraguaia nos serviços e ações de saúde do município é de 11%, e o impacto da população brasiguai é de 25% (DAL PRÁ, 2005);
3. a proximidade das cidades paraguaias com o Brasil e a facilidade de acesso da população fronteiriça pelo tipo de fronteira, em geral, ponte ou estrada (fronteira seca);
4. concentração predominante da população paraguaia em cidades fronteiriças, pois o Paraguai possui atualmente uma população de 5.692.541 habitantes; deste total, cerca de 4.141.402 habitantes residem em departamentos de fronteira (RECALDE, 2004). Em relação ao Brasil, o Paraguai possui 6 departamentos³⁶ localizados na linha de fronteira brasileira, contabilizando aproximadamente cerca de 1.807.568 habitantes.

³⁵ Estes números foram fornecidos durante a coleta de dados por funcionários da SMS de Foz do Iguaçu e registrados em Dal Prá (2005).

³⁶ Os Departamentos de Fronteira com o Brasil são os seguintes: Concepción, Amambay, Canindeyú, Alto Paraná, Itapúa, Alto Paraguay (RECALDE, 2004).

Feitas essas considerações, parte-se para a identificação da população fronteiriça que chega ao atendimento do serviço social. No primeiro momento, **apresentam-se os resultados obtidos durante a pesquisa de campo na região da Tríplice Fronteira, na cidade de Foz do Iguaçu**, onde foram entrevistadas 02 profissionais que intervêm em unidades básicas de saúde, 02 em instituições hospitalares e 01 profissional em um centro de especialidades médicas.

Segundo dados obtidos com as assistentes sociais que trabalham na atenção básica à saúde, em geral a população fronteiriça apresenta-se com poucas condições socioeconômicas e na sua maioria são adultos em situação de desemprego. A população advinda do Paraguai é originária de cidades próximas, como Ciudad del Este, e de cidades mais distantes, onde, segundo relato das profissionais, os fronteiriços chegam a andar de 10 a 20 km a pé até conseguirem carona para virem ao Brasil.

As profissionais enfatizaram que, pelas dificuldades enfrentadas pelos fronteiriços, o que os mobiliza a virem para o Brasil são as melhores condições de atendimento à saúde oferecidas pelo SUS. A falta de atenção integral, a precariedade e a inexistência dos serviços de saúde no Paraguai – particularmente na região onde vive a população fronteiriça – mencionadas com frequência significativamente elevada na região da Tríplice Fronteira, indicam a dimensão do problema para o sistema de saúde de Foz do Iguaçu gerado com o atendimento do excedente populacional fronteiriço (CASTAMANN; DAL PRÁ, NOGUEIRA, 2005).

No que se refere ao número de atendimentos, as profissionais sinalizaram que a população fronteiriça é significativa e representa cerca de 10% e 15% do total de atendimentos realizados. Sinalizaram também que as maiores demandas dos fronteiriços concentram-se em consultas médicas, exames e vacinas.

As principais demandas trazidas pelos fronteiriços e atendidas pelo serviço social são de jovens vítimas de arma de fogo, crianças com problemas de saúde relacionados a alimentação/desnutrição e gestantes. Os casos de atendimento a fronteiriços mais frequentes referem-se ao atendimento às gestantes que vêm ao Brasil para, através do SUS, realizar o acompanhamento pré-natal, uma vez que não conseguem realizá-lo no Paraguai.

Os diversos segmentos da população fronteiriça chegam ao serviço social de duas maneiras: de forma espontânea, mobilizados por suas necessidades em saúde e pela busca de informações sobre os serviços e ações do SUS; e encaminhados, em geral, pelo agendamento na recepção dos núcleos e por outros profissionais de saúde. No entanto, chama a atenção o encaminhamento dessa população por parte de alguns políticos da cidade. Segundo informações das profissionais, é comum os fronteiriços chegarem aos serviços com encaminhamentos e pedidos de políticos solicitando que o atendimento à saúde seja oferecido (DAL PRÁ, 2005).

Segundo a entrevistada Célia, a população fronteiriça é

encaminhada pelos políticos [...], gente que vai fazer campanha política com os brasiguaios e que informa pra eles as unidades, informa os ônibus, como é que pega [...] e muitas vezes eles procuram até intermediar essa consulta, entendeu. E muitos casos aqui em Foz, nós temos um caso até de, às vezes, eles até pagam pra essas pessoas. Eu sei de um caso que tá aí na justiça que houve um envolvimento com dinheiro alto pra conseguir um exame e no final essa pessoa que intermediou não conseguiu, a pessoa pagou a ela. Então existe isso aí muita negociação, muito intermediário pra conseguir essas vagas, conseguir exames e tal.

Essa situação ocorre, principalmente, pelo fato de inúmeros brasiguaios votarem no Brasil, tornando-se alvo das campanhas políticas e da busca por votos dos candidatos a prefeito e vereador do lado brasileiro. O voto dessa população é negociado em troca da entrada no SUS; assim os políticos orientam os fronteiriços dentro do sistema, indicando como chegar aos núcleos, e intermedeiam exames, vagas e consultas médicas.

A SMS também reforçou essa informação fornecida pelo serviço social de que na cidade há políticos (vereadores) que mantêm um “esquema de inclusão” de fronteiriços no

SUS em troca de votos nas eleições municipais. E que, por conta do grande número de eleitores brasiguaios, o município irá promover um recadastramento eleitoral a fim de conhecer o real número de eleitores de Foz do Iguaçu (DAL PRÁ, 2005).

Em relação aos meios utilizados para garantir a acessibilidade no SUS, em um dos dois núcleos de saúde a população fronteiriça tem maior facilidade de acesso pelo fato de haver um ônibus da cidade de Foz do Iguaçu que circula da cabeceira da Ponte da Amizade até em frente ao núcleo de saúde; assim, os fronteiriços atravessam a ponte e pegam o ônibus que segue para o núcleo de saúde.

Outra estratégia desenvolvida pelos fronteiriços para acessarem o SUS refere-se à utilização da rede familiar, ou seja, os endereços apresentados nos núcleos de saúde pelos usuários são de parentes residentes no Brasil, seja no mesmo bairro do núcleo ou em outras partes da cidade. Alegam que residem junto aos parentes ou, como no caso de algumas gestantes, informam estar passando “uns tempos” na casa de comadres, tios, tias ou amigos.

A alta referência da existência de amigos ou parentes nas cidades fronteiriças do lado brasileiro como um dos motivos da procura de atendimento no SUS vem confirmar a fronteira como uma área de fluxo e não de barreira (CASTAMANN; DAL PRÁ; NOGUEIRA, 2005).

No segundo nível de atenção, no CEM³⁷, entrevistou-se a assistente social responsável pelo Programa DST/AIDS que atende usuários fronteiriços. Nesse caso específico, a demanda do serviço social no programa constitui-se de adultos, em sua maioria mulheres, de crianças com DST/AIDS – sintomáticas ou soropositivas – e suas famílias. Segundo o serviço social, a situação socioeconômica da população chama a atenção, pois são pessoas em situação de extrema pobreza.

A população atendida constitui-se principalmente de paraguaios e seu fluxo pela procura do serviço é significativo, cerca de 10% a 15% do atendimento total realizado.

Geralmente a entrada dos usuários fronteiriços no programa se dá através do COAS, do banco de doação de sangue e de encaminhamentos via instituições hospitalares, pois, ao entrarem nos hospitais pela urgência/emergência e terem o diagnóstico de HIV positivo, todos são encaminhados ao programa. A procura pelo Programa DST/AIDS é freqüente para a realização do exame de testagem de HIV, já que na rede de saúde do Paraguai o exame é pago, tendo custo elevado. Por este motivo, muitos usuários, soropositivos e aidéticos, procuram atendimento no Brasil pela falta de perspectiva de obterem no Paraguai o tratamento e a medicação que compõem o coquetel para a AIDS, uma vez que estes não são oferecidos de forma gratuita como ocorre no Brasil (DAL PRÁ, 2005).

O tratamento de AIDS no Brasil, para os usuários paraguaios, demanda a atenção do serviço social quanto à travessia destes na Ponte da Amizade com os medicamentos que compõem o coquetel, conforme aponta a entrevistada:

[...] atravessar a ponte com o coquetel é muito complicado, porque ontem saiu daqui um paciente com uma sacola [...] grande completamente lotada de medicação; então; se ele for atravessar a ponte com aquilo lá, ele vai ser barrado certo. Então é uma situação difícilíssima, mas com o rótulo ele se identifica; se ele vai sem o rótulo, ele não tem como se explicar. Então esse é um dos problemas (CLAUDIA).

Há o problema da fiscalização que pode barrar a entrada dos usuários no Paraguai pelo fato de estarem levando grande quantidade de medicamentos.

O serviço social, no programa, atende dois segmentos de usuários fronteiriços: 1) aqueles residentes no Brasil, sem legalização e que falam portunhol, o que facilita o entendimento e a comunicação, e 2) aqueles que residem no Paraguai – aqui estão incluídos os brasiguaios – que falam espanhol ou guarani, o que traz maiores dificuldades de comunicação e de repasse das informações em saúde.

³⁷ Para fins deste trabalho, os nomes dos locais pesquisados serão citados a partir de abreviaturas, a fim de preservar a identidade das instituições.

No que se refere ao terceiro nível de atenção, foram realizadas duas entrevistas em dois hospitais da cidade de Foz do Iguaçu que atendem aos usuários do SUS, sendo que uma das instituições, o HSC, atende 100% usuários SUS, e o HCC atende 70% usuários SUS, e os demais atendimentos são por convênios e particulares. Ressalta-se que a maior parte da população fronteiriça que necessita de atendimento no terceiro nível de complexidade é atendida pelo HSC devido a seu caráter exclusivamente público.

Quanto à população fronteiriça atendida pelo serviço social no HCC, esta é considerada significativa e tem um traço particular; em geral, dão entrada no sistema pelo pronto socorro através da caracterização da situação de urgência/emergência. As principais situações dessa natureza são casos de traumatologia e de gestantes em trabalho de parto. Após a melhora do estado clínico do usuário, caracterizada pela saída da situação de urgência/emergência, este continua o tratamento de saúde de duas formas: é encaminhado ou removido para o país de origem, neste caso o Paraguai, ou continua o tratamento na instituição em convênio pago.

Segundo informações fornecidas pelo serviço social, a instituição atende a dois segmentos de usuários fronteiriços: aqueles que possuem uma melhor condição financeira, diferenciada e que pagam pela consulta através de convênios particulares, e aqueles com menos condições financeiras, na sua maioria agricultores, que vêm em busca de atendimento gratuito no SUS. A questão da gratuidade é identificada pelo serviço social como um determinante para a procura do sistema público brasileiro pelos fronteiriços vindos do Paraguai.

No HSC, em relação à população atendida pelo serviço social, a realidade é diferenciada em comparação com a primeira instituição. Segundo a assistente social entrevistada, a procura de fronteiriços pelos serviços de saúde da instituição é grande apesar de não haver nenhuma forma de registro estatístico. Os números referentes a essa população

umentam ainda mais à medida que a profissional de serviço social aprofunda o contato com os usuários e as estratégias vão sendo desveladas,

[...] você percebe, ele tinha um documento, mas ele omitiu no primeiro momento, aí você vai ter que deixar claro: Você não vai deixar de ser atendido por falta de documento. Mas é necessário fazer isso e que é necessário alguém ir junto pra tá providenciando o que ele precisa (ANA).

A demanda dos usuários fronteiriços atendidos pelo serviço social no HSC é composta principalmente de idosos – que apresentam, na sua maioria, problemas de saúde como pneumonia, acidente vascular cerebral (AVC) e doença mental – e de crianças. As últimas chegam para o atendimento caracteristicamente desnutridas, com uma condição de saúde precária.

Segundo Ana, a demanda fronteiriça é praticamente “despejada na porta do HSC”, pois a instituição atende quase toda a população que necessita de atendimento pelo SUS no município. Os usuários são deixados na porta do hospital pela ambulância paraguaia ou mesmo por algum parente ou conhecido que os trazem de carro ou moto e os deixam no pronto socorro.

Em geral, os usuários chegam ao serviço com uma situação agravada de saúde, caracterizando atendimento de urgência; sendo assim, a instituição não pode removê-los ao Paraguai, nem deixar de fornecer o primeiro atendimento, independentemente da nacionalidade. Há casos extremos em que os fronteiriços, numa estratégia para acessarem o sistema brasileiro, deixam sua situação de saúde agravar-se ao máximo para terem o direito de serem atendidos na emergência do hospital e sanarem, mesmo que de forma parcial e temporária, seu problema de saúde, uma vez que não podem pagar pelo atendimento no Paraguai.

Outra situação identificada pelo serviço social é a busca, por parte dos fronteiriços, de atendimento no SUS depois de serem atendidos no sistema de saúde paraguaio; no entanto, os usuários chegam ao Brasil com uma situação de saúde debilitada devido à ineficácia do

tratamento fornecido. A busca pela assistência à saúde no Brasil é tida como a última alternativa, uma vez que as famílias dos usuários não possuem mais recursos financeiros para arcar com o tratamento no Paraguai, pois a atenção à saúde no país vizinho é paga; todo o tratamento e os procedimentos em saúde têm um custo para o paciente. A informação fornecida pelo serviço social é de que o usuário, quando tem que interromper o tratamento no Brasil, pela falta da documentação, para ser referenciado a outro município, é acionado o consulado paraguaio, e o doente é encaminhado de volta ao seu país de origem, e neste caso, pela falta de recursos, para o tratamento.

Esta situação demonstra a importância da gratuidade no atendimento à saúde oferecido pelo SUS aos usuários fronteiriços na região da fronteira com o Paraguai. Esses usuários vêm ao Brasil em busca de assistência à saúde, já que o país mantém um modelo hospitalocêntrico em que os atendimentos complexos se concentram na capital Assunção a partir de recursos financeiros essencialmente públicos, porém com aportes de seguros privados, o que restringe a assistência à saúde a todos que necessitam por causa do pagamento dos atendimentos e procedimentos.

Os diagnósticos na área da saúde, no Paraguai, sinalizam para um perfil complexo, onde convivem enfermidades próprias de países não desenvolvidos combinadas com doenças crônicas e degenerativas, acidentes e violência, características de países desenvolvidos. O déficit de saúde no país se deve à situação de pobreza e exclusão, à falta de educação sanitária, à baixa cobertura e insuficiência de recursos para atendimento integral (SCALZAVARA, 2004).

Além da estratégia para o acesso ao SUS via instituição hospitalar, é comum os usuários vindos do Paraguai apresentarem comprovante de residência brasileiro. Em geral, pagam a brasileiros para terem uma conta de luz ou telefone transferidos em seu nome para poderem obter o comprovante de residência no Brasil e, assim, acessarem o hospital ou os

núcleos de saúde. No atendimento do serviço social, a confirmação ou não da residência no Brasil é difícil de ser comprovada no primeiro contato com o usuário; a fraude, a situação de clandestinidade é descoberta quando o profissional necessita contatá-lo e não o encontra no endereço fornecido ao hospital.

Outra estratégia de inclusão utilizada pelos estrangeiros e caracterizada como crime é a falsificação de documentos ou mesmo o uso de documentos de cidadãos brasileiros. Segundo Ana, já houve casos de pacientes que deram entrada no hospital através da apresentação do documento de CPF de brasileiros. A fraude foi descoberta após todo o atendimento realizado. A estratégia é utilizada, principalmente, quando há necessidade da referência do paciente fronteiro para tratamento de saúde num nível de complexidade que o hospital não atenda. Então, o serviço social, sem ter como prosseguir os encaminhamentos desses pacientes para outro município devido à falta da documentação exigida, os encaminha ao consulado para que seja realizado o retorno ao país de origem. Por estas duas situações é comum o roubo de documentos de brasileiros para serem revendidos no Paraguai com a finalidade de serem utilizados, entre outras situações, para acessar o SUS.

As gestantes brasiguaias e paraguaias constituem outra demanda significativa para o hospital e para o serviço social, pois utilizam a gravidez como estratégia para acessarem o SUS, chegando ao hospital em trabalho de parto a fim de serem atendidas e assim registrarem a criança no Brasil. A intencionalidade da maioria das gestantes fronteiriças ao terem os filhos no Brasil é a obtenção de vantagens que decorrem da aquisição da cidadania brasileira. “Inúmeras parturientes acorrem à cidade de Foz do Iguaçu para terem os filhos em território brasileiro, garantindo assim não só o ingresso no sistema de saúde como as demais vantagens decorrentes da cidadania” (CASTAMANN; DAL PRÁ; NOGUEIRA, 2005, s/p). É a garantia da dupla nacionalidade e do acesso aos serviços sociais e de saúde aos filhos como forma e estratégia de sobrevivência.

Os ignorados – que, segundo a entrevistada Ana, são pessoas que chegam ou são trazidas ao hospital sem saber dizer nada em relação à sua vida, sem possuírem nenhum documento – também demandam o atendimento do serviço social, pois chegam com uma situação de saúde debilitada. São trazidos para frente do hospital ou encontrados na rua pela guarda municipal, que aciona a ambulância da instituição. A maioria dos casos vem de fora, “do país vizinho, mas não se tem certeza. Então esse é o grande obstáculo pro serviço social, a questão de tratar com os ignorados” (ANA). O hospital registra um alto índice de óbitos de pacientes ignorados, pois não há pessoas que se responsabilizem por eles.

Em geral, os usuários fronteiriços chegam ao atendimento do serviço social espontaneamente, através da urgência/emergência, encaminhados pelos núcleos de saúde e centros especializados e por outros profissionais de saúde. No entanto, Ana salientou que esta população também é orientada, por outros usuários fronteiriços que já foram atendidos na instituição, a procurar o serviço social. Os fronteiriços chegam com o nome completo da assistente social com quem gostariam de conversar; “toda a referência é o HSC, procuram o serviço social porque sabem que a gente orienta” (ANA). Esta demanda é encaminhada e sustentada pelos brasileiros que dão suporte orientando e garantindo as estratégias ilícitas de inclusão no SUS, através da falsificação de endereço.

Após a caracterização da população fronteiriça atendida pelo serviço social na Tríplice Fronteira – Foz do Iguaçu, segue-se para a **apresentação dos dados obtidos em relação à população atendida pelo serviço social nas cidades de Ponta Porã e Dourados, no estado do Mato Grosso do Sul**. Neste caso, foram entrevistadas duas assistentes sociais que intervêm em instituições hospitalares de cada um dos dois municípios.

O atendimento aos fronteiriços nas cidades de Ponta Porã e Dourados tem uma particularidade em relação às outras cidades pesquisadas; este é liberado na rede pública de saúde sem qualquer restrição desde o início de janeiro a partir da orientação dos gestores

municipais por entenderem a saúde como universal e sem fronteiras. Esta orientação é contrária à dada pelas gestões passadas, que barravam os atendimentos aos fronteiriços. O atendimento sem restrição dos usuários fronteiriços nas duas cidades faz com que a demanda para o serviço social seja crescente.

A abertura do SUS para a população fronteiriça, na região, não está isenta das questões políticas, apontadas anteriormente. Segundo as profissionais de serviço social, há interesse, por parte dos gestores, para as próximas campanhas eleitorais, já que muitos brasileiros que votam em Dourados e Ponta Porã residem no Paraguai.

Na rede pública de saúde da cidade de Ponta Porã, aproximadamente 70% dos atendimentos são de fronteiriços que vêm ao Brasil atraídos pela gratuidade do sistema, uma vez que os procedimentos de saúde no Paraguai são pagos,

[...] lá no país deles, na cidade vizinha Pedro Juan Caballero, eles pagam tudo, desde consultas, medicações; eles têm que levar, se pedem dois frascos de soro, eles têm que levar quatro [...], para estar deixando dois no hospital. Eles têm gastos com atendimento, com consultas, com a medicação, com internação; todo serviço prestado eles têm que pagar, é pago (TÂNIA).

Segundo a assistente social, no Paraguai não há programas de atendimento nem serviços básicos de saúde como no Brasil, pois o sistema nacional de saúde é centralizado no Hospital Regional do Paraguai, que atende internações, ambulatório e odontologia através da cobrança pelos procedimentos. O pagamento pela atenção à saúde tem provocado a vinda de paraguaios e brasiguaios ao SUS.

A precária situação socioeconômica da população fronteiriça usuária do SUS foi destacada por uma das profissionais que intervêm na saúde na fronteira com o Paraguai,

[...] realmente o povo paraguaio é bastante pobre, digo assim, miserável mesmo, vive em condições subumanas, eu acredito que seja uma porcentagem de 40%, 50% que realmente não têm de onde tirar nem, às vezes, para o próprio sustento [...], tem muitos que passam fome [...], passam necessidade. Não são assistidos nas suas necessidades básicas que seriam, a saúde, a alimentação, a moradia (TÂNIA).

De modo geral, a porta de entrada dos fronteiriços no SUS e no serviço social é o pronto-socorro das instituições hospitalares, através da urgência/emergência – para onde são trazidos por uma ambulância vinda do Paraguai ou por carros particulares – uma vez que o pronto-socorro não restringe o número de atendimentos diários. Isso causa uma sobrecarga no setor, pois os usuários não dão entrada com o tratamento pelas unidades básicas de saúde.

O serviço social atende principalmente casos de urgência/emergência, idosos, pessoas baleadas, esfaqueadas e crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. No entanto, a maior solicitação e exigência para o trabalho das assistentes sociais têm se constituído da regularização da documentação da população fronteiriça (brasiguaios e paraguaios) e da população brasileira, pois há inúmeros casos de adultos e crianças que não possuem documentação como registro de nascimento, carteira de identidade e CPF.

As características da população fronteiriça que procura pelos serviços e ações de saúde no SUS, nas duas cidades do Mato Grosso do Sul, se assemelham àquelas anteriormente mencionadas. No intuito de garantirem a acessibilidade ao SUS, os fronteiriços, na região, utilizam as seguintes estratégias: a falsificação de endereços através de contas de água e luz de outras pessoas transferidas para seu nome e do uso de endereços de parentes e amigos que residem no Brasil.

Em relação à **caracterização da população fronteiriça na fronteira do Brasil com o Uruguai, na cidade de Santana do Livramento**, esta tem algumas particularidades que se refletem quando essa demanda busca atendimento no SUS e no serviço social. Isso se deve principalmente pelos acordos bilaterais estabelecidos entre os dois países, dentre estes o Decreto Legislativo Nº 907/2003, que estabelece o 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 Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios.

O acordo celebra a permissão de ingresso, residência, estudo, trabalho, previdência social e concessão de documento especial de fronteiroço a estrangeiros residentes em localidades fronteiriças³⁸. Ficam concedidas permissões para:

- a) residência na localidade vizinha, situada no território da outra Parte [...];
- b) exercício de trabalho, ofício ou profissão, com as conseqüentes obrigações e direitos previdenciários deles decorrentes; c) freqüência a estabelecimentos de ensino públicos ou privados (BRASIL, 2005b, s/p).

Fica estabelecida também que a qualidade de fronteiroço poderá ser inicialmente outorgada por 5 (cinco) anos, prorrogável por igual período, e findada poderá ser concedida por prazo indeterminado e valerá, em qualquer caso, exclusivamente, nos limites da localidade para a qual foi concedida (BRASIL, 2005b).

A particularidade do acordo na fronteira Brasil – Uruguai faz com que a demanda fronteiriça sem qualquer vínculo legal com o país seja menor em relação às fronteiras com a Argentina e Paraguai. Segundo a assistente social, o atendimento da população fronteiriça na saúde reflete essa realidade, pois muitos estrangeiros apresentam a carteira de fronteiroço para acessarem o SUS:

me surpreendeu a quantidade de pessoas que tem essa cédula de identidade estrangeira; eu não tinha tanta idéia assim; eu não sei se é porque pela possibilidade, pelo Uruguai tá passando também por um momento muito delicado na situação de desemprego (MARTA).

O acordo não supre a necessidade de atenção à saúde da população fronteiriça; os uruguayos também desenvolvem algumas estratégias, idênticas às já apresentadas, para acessarem o SUS, como, por exemplo, o aluguel de casas por tempo determinado até conseguirem o comprovante de residência, o uso do endereço de parentes e amigos e contas de água e luz em seu nome.

³⁸ As localidades que compõem o acordo são as seguintes: 1) Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai); 2) Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai); 3) Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai); 4) Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai); 5) Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai); 6) Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai) (BRASIL, 2005b).

O atendimento do serviço social à população fronteiriça perpassa os diversos serviços oferecidos pelo SUS, como hematologia, cardiologia, atendimento à dependência química e oncologia, justamente pelas facilidades que o acordo bilateral proporciona. A busca pelo atendimento à saúde no Brasil, segundo a profissional, se deve também à crise econômica por que vem passando o Uruguai; isso se expressa no valor do salário uruguaio, que é mais baixo que o salário mínimo brasileiro.

No sentido de apresentar maiores subsídios para a caracterização da população fronteiriça na saúde, na fronteira Brasil-Uruguai, agregam-se dados obtidos com profissionais de serviço social que intervêm na política de assistência social.

Em Santana do Livramento, um levantamento do perfil da população de crianças na rua demonstrou que cerca de 80% destas são uruguaias. Também as famílias uruguaias utilizam o serviço do restaurante municipal, onde as refeições são oferecidas gratuitamente.

No que se refere aos procedimentos e atendimentos de alta complexidade, a instituição hospitalar de Santana do Livramento conveniada ao SUS atende fronteiriços em situação de urgência/emergência em saúde e outros convênios ou particulares. A especialidade mais procurada pelos fronteiriços é o tratamento clínico e, em muitos casos, a tomografia computadorizada, pois Rivera não dispõe desse serviço.

As vacinas também são procuradas, mas somente são fornecidas nos postos de saúde, principalmente no PAM, onde se encontram as especialidades médicas. O PAM concentra a maior demanda fronteiriça, pois se localiza próximo à divisa com Rivera; já nos outros postos de saúde, a demanda é menor por se localizarem na periferia da cidade, de difícil acesso aos uruguaios (DAL PRÁ, 2005).

Quanto aos casos de gestantes fronteiriças, o hospital de Santana do Livramento atende mulheres não naturalizadas ou sem qualquer documentação brasileira, desde que estejam em trabalho de parto; caso contrário, o procedimento é chamar uma ambulância de

Rivera para levá-las à cidade de origem. A assistência ao parto no setor público é oferecida somente às gestantes que possuem situação regularizada; esta orientação também é seguida nos atendimentos prestados no Uruguai; caso a gestante for brasileira, ela será encaminhada por uma ambulância uruguaia a um hospital no lado brasileiro. No entanto, são realizados muitos partos de gestantes uruguaias no setor privado do hospital pela possibilidade das crianças obterem a dupla nacionalidade (*double-chapa*) mesmo que esta documentação tenha um custo elevado. Segundo informações, o número de atendimentos a gestantes era maior 10 anos atrás, e este não era constituído somente de usuárias uruguaias, mas também de chilenas e argentinas, pois não era exigida documentação.

No nível ambulatorial, a demanda é constituída, em sua maioria, por fronteiriços residentes em Rivera que buscam as especialidades de odontologia e ginecologia – esta última especialidade vem barrando grande parte dos atendimentos a fronteiriças, pois são mulheres que vêm em busca de atendimento pré-natal no intuito de terem os filhos no Brasil. Os profissionais médicos barram muitos dos atendimentos quando tomam conhecimento da nacionalidade estrangeira dos pacientes.

Apresentados os dados das cidades pesquisadas, observa-se que alguns traços da população fronteiriça são comuns às duas fronteiras (Paraguai e Uruguai):

1. Os atendimentos a fronteiriços (especificamente a estrangeiros) nos níveis de média e alta complexidade, em geral, são realizados no município, dentro das condições oferecidas pela capacidade instalada em saúde. Não foram constatados casos de referência e contra-referência de pacientes fronteiriços/estrangeiros a outros municípios dentro do Brasil; isto é, se o município oferece procedimentos de média e alta complexidade e o usuário fronteiriço for incluído em um desses procedimentos, poderá prosseguir com o tratamento em saúde e acessar a todos os serviços sem restrições. Caso o município não disponha de algum procedimento de média e alta

complexidade que atenda as necessidades de saúde dos usuários fronteiriços, tendo que referenciá-los a outras cidades da regional ou do consórcio de saúde, este usuário perde a possibilidade de ser encaminhado por conta da situação irregular, pela falta da documentação. Nesses casos, os pacientes fronteiriços são encaminhados, via consulado ou profissionais de saúde, aos centros de referência no seu país de origem, quase sempre Montevideú, no Uruguai, e Assunção, no Paraguai;

2. A impossibilidade de regularização da documentação de estrangeiros devido ao alto custo do processo – que, SIC, pode chegar a aproximadamente R\$ 3.000,00, quantia que a maioria da população fronteiriça não tem condições financeiras de pagar – obriga-os a continuar em situação irregular no país;
3. A população fronteiriça que utiliza o SUS se constitui numa população flutuante não contabilizada pelos órgãos oficiais, como o IBGE, interferindo consideravelmente no financiamento da política de saúde de alguns dos municípios pesquisados, que têm parte de seus recursos fornecidos pelo número de habitantes. O repasse dos recursos financeiros desconsidera o número de fronteiriços que buscam assistência à saúde no Brasil e moram em outro país. A população flutuante interfere também no conhecimento real dos indicadores sociais e de saúde dos municípios, que são alterados pela mobilidade freqüente dessa população.

Os três apontamentos remetem à análise de três situações características das regiões de fronteira e das tentativas de integração regional. No que se refere às regiões de fronteira, estas constituem-se em uma linha territorial, em geral, desprovida de inúmeros serviços de saúde que possam atender a população em suas necessidades. Observa-se que, quando um dos países oferece menos recursos na região fronteiriça, sobrecarrega o sistema de saúde do país no outro lado da fronteira que possui maiores condições, serviços e ações na área. É o que vem acontecendo com o sistema público brasileiro em determinadas cidades fronteiriças com

determinados países. Há uma sobrecarga de atendimentos de fronteiriços nos níveis de atenção básica (consultas, vacinas e exames) e de média complexidade (especialidades) ocasionada pela inacessibilidade (social, econômica ou geográfica) desses serviços nos países de origem.

Quanto às tentativas de integração regional, em acordos como o Mercosul, pressupõe-se a previsão do trânsito dos indivíduos nas cidades fronteiriças e as conseqüências da passagem de um país a outro nos diversos setores. Na saúde, torna-se necessária a previsão da alteração nos indicadores de saúde (natalidade, mortalidade, imunizações, etc.) e, conseqüentemente, a previsão de planejamento para atender a demanda em saúde da parcela da população fronteiriça e a previsão do financiamento desses atendimentos nos municípios fronteiriços, tendo em vista as heterogeneidades do contexto social e dos sistemas de saúde dos quatro países.

4.3 Serviço Social: concepção de saúde e de direito à saúde no atendimento aos usuários fronteiriços

As profissionais de serviço social manifestaram de forma explícita e implícita a concepção de saúde que norteia a intervenção profissional no contexto específico das fronteiras do Mercosul. De maneira geral, a concepção de saúde apresentada pelas assistentes sociais converge com as premissas do Projeto Ético-Político e do Projeto de Reforma Sanitária, da saúde como um direito universal de todos os cidadãos.

O posicionamento favorável à equidade e à justiça social que assegure a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais

(CFESS, 1993), neste caso aos serviços e ações da política de saúde, é demonstrado pela preocupação quanto aos obstáculos que se confrontam com a efetivação do direito à saúde à população fronteiriça que busca o SUS sendo:

- 1) A diretriz da territorialização e o processo de municipalização da saúde, onde os municípios têm responsabilidades definidas quanto ao atendimento à saúde de seus usuários;
- 2) A implantação do cartão SUS, exigido para os procedimentos em saúde principalmente de média e alta complexidade, ao qual somente brasileiros ou estrangeiros legalizados têm direito, pelo fato de fornecerem documentação de identidade, CPF e comprovação de residência fixa no município brasileiro;
- 3) A implantação do PSF, que, ao partir da diretriz de atendimento à saúde pela área adstrita, restringe o atendimento de usuários que não sejam residentes na área de abrangência da unidade ou núcleo de saúde.

O trabalho profissional das assistentes sociais na direção da garantia do direito à saúde aos usuários fronteiriços que demandam sua intervenção depara-se com esses três condicionantes determinados pelo sistema de saúde brasileiro. A extensão do princípio da universalidade da saúde a esses usuários encontra como barreira restritiva o princípio da territorialidade – da localização do indivíduo no território nacional – na medida em que são exigidos comprovantes da regularidade de sua situação no Brasil como CPF e RG; de residência fixa na circunvizinhança das UBSs, e de residência fixa no mesmo município das unidades produtoras de ações e serviços de saúde, como é o caso dos centros de especialidades médicas e dos hospitais.

As delimitações territoriais impostas pelo SUS confrontam-se com a intervenção profissional no sentido da inclusão social dos usuários fronteiriços nos serviços de saúde, isto

é, as ações profissionais se desenvolvem num contexto desfavorável à orientação da universalidade da saúde a todos os indivíduos, principalmente por se tratar do acesso à saúde não como direito. A intervenção profissional junto à população fronteiriça alcança uma inclusão possível dentro do sistema público de saúde brasileiro, que é a garantia da assistência curativa à saúde, uma vez que a garantia da saúde como direito significaria o desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação, caracterizando um atendimento integral. A garantia do direito à saúde de maneira integral aos usuários do SUS (fronteiriços ou brasileiros) pressupõe o reconhecimento da indivisibilidade que cada pessoa representa como complexo biopsicosocial, sendo inconcebível a fragmentação das pessoas em órgãos e o atendimento em necessidades parciais, superando a idéia da compartimentalização produzida entre ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e, principalmente, sugerindo um modelo integral da atenção à saúde que não tenha como suposto somente a cura da doença.

O princípio de integralidade pressupõe ainda a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde em um sistema racional, incluído em uma mesma lógica de atenção, baseada nas necessidades da população e não na dos serviços: no *primeiro nível* – compreende as ações básicas, individuais e coletivas dirigidas à população ou grupos específicos na prevenção dos agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação, dirigidas a toda a população através de ações básicas educativas que possam intervir no processo de saúde/doença e qualidade de vida; no *segundo nível* – consiste em atendimento especializado na assistência hospitalar e ambulatorial; no *terceiro nível* – o atendimento hospitalar de maior complexidade que objetiva promover o tratamento, recuperação e reabilitação da população.

As profissionais de serviço social reconhecem também a importância da dimensão social do processo saúde/doença, da interferência que o contexto social no qual os usuários

fronteiriços estão inseridos exerce no tratamento à saúde. De forma explícita, o conceito ampliado de saúde manifesta-se na fala da assistente social Ana:

Então a questão de saúde é um todo, não é só a doença; também existe a questão da habitação, da educação, do lazer; então existe todo esse complexo que você olha os arredores pra ver o que está cercado esse usuário, essa família, ou então infelizmente não vai valer a pena.

A percepção da determinação do contexto social no processo de recuperação da saúde dos usuários fronteiriços e brasileiros demanda dos assistentes sociais uma intervenção que considere dois aspectos: as condições sociais e a mediação no tratamento em saúde.

Quanto ao primeiro aspecto, na região das fronteiras, as condições sociais, a situação socioeconômica e de saúde dos países vizinhos tornam-se determinantes para entender os motivos da procura do SUS por parte dos fronteiriços. Apenas uma profissional manifestou não ter conhecimento sobre a realidade social do país vizinho, nesse caso o Paraguai, e quais as possíveis causas da procura intensa da população fronteiriça pela atenção à saúde no Brasil, na cidade onde trabalha.

Quanto ao processo de mediação, este se desenvolve junto a outros profissionais da área da saúde na tentativa de lançar uma perspectiva multi ou interdisciplinar na resolutividade dos problemas de saúde, principalmente quando se trata, por exemplo, de buscar soluções para que o tratamento se desenvolva no sentido da melhoria das condições de saúde no ambiente domiciliar, fora da instituição hospitalar e sem os cuidados técnicos.

A linguagem utilizada pelos profissionais de serviço social também se constitui numa ferramenta de intermediação entre os usuários fronteiriços e as regras da instituição hospitalar, as orientações técnicas sobre o problema e os cuidados em saúde, o repasse de informações sobre o funcionamento do SUS e dos serviços e ações como um todo ou sobre a legalização da documentação exigida para a permanência na instituição. Ana destaca a importância do assistente social utilizar uma linguagem acessível aos usuários como instrumento de trabalho para que, a partir do esclarecimento da linguagem técnica, estes acessem à saúde.

Apesar de algumas profissionais não manifestarem explicitamente nas falas o direito à saúde como universal, observou-se o trabalho em saúde no sentido da inclusão dos usuários fronteiriços no SUS a partir de algumas estratégias como a busca de atendimento especializado e da realização de exames junto a outros profissionais em casos de pacientes fronteiriços que procuram atendimentos rotineiros de saúde sem terem o direito garantido, e a legalização da situação dos estrangeiros paraguaios no país através da formalização das uniões estáveis pelo casamento, uma vez que existem muitas uniões dessa natureza entre paraguaios e brasileiras, e vice-versa. As profissionais orientam os usuários fronteiriços no sentido da oficialização das uniões; assim, há a possibilidade de regularização da documentação dos filhos dos casais, que também estão em situação irregular no país.

A regularização da condição de estrangeiro dos filhos advindos das uniões estáveis entre brasileiros (as) e paraguaias (os) é enfatizada pelas profissionais devido a duas situações: a primeira se deve à inserção dessas crianças e adolescentes em instituições educacionais do Brasil, e a segunda é que, em casos de adoecimento dos pais por doenças de risco ou contagiosas (tuberculose, hanseníase, AIDS, hepatite, etc.), o tratamento em saúde não pode ser estendido aos filhos.

Em outros casos, a alternativa de inclusão dos fronteiriços no SUS para o início ou continuidade da assistência em saúde é o casamento com um (a) brasileiro (a) mesmo que esta situação seja forjada. Nesses casos, os próprios usuários propõem esta estratégia para não deixarem de serem atendidos no Brasil e não terem que acorrer ao sistema de saúde paraguaio sem condições de pagar pelo tratamento.

Houve casos, mais raros, de fronteiriços, em especial crianças, que ingressaram no SUS pela sensibilização dos profissionais de saúde e do sistema judiciário durante a busca de assistência à saúde no Brasil, mesmo sem terem o direito garantido.

As estratégias de inclusão da população fronteiriça desenvolvidas pelas assistentes sociais, de um lado, advêm do conhecimento da condição pauperizada dessa população, que impede o pagamento da assistência à saúde no Paraguai, e dos precários e ineficientes serviços e ações de saúde oferecidos pelo país vizinho, ocasionando risco de morte pela falta e não resolutividade da assistência. A proposição, por parte do serviço social, da oficialização das uniões estáveis entre fronteiriços estrangeiros e brasileiros é reforçada pelo caráter emergencial das ações que envolvem, em geral, situações agravadas de saúde sem condições de aguardar a regularização da documentação de estrangeiro do paciente que procura atendimento no SUS e pelas exigências legais do sistema de documentos que comprovem a nacionalidade ou o vínculo do paciente estrangeiro ou fronteiriço com o Brasil para que o atendimento seja oferecido.

Por outro lado, as estratégias de inclusão, mesmo que no sentido de ampliação da cidadania aos indivíduos fronteiriços, remetem à discussão da dimensão ético-política no interior da categoria profissional.

A intencionalidade da ação profissional em direção à regularização da situação dos estrangeiros através da formalização dos casamentos traz alguns aspectos que devem ser considerados: o conteúdo da ética profissional se constitui na intervenção cotidiana, espaço de confronto mediante situações de conflito que requerem um posicionamento de valor e as condições adversas da intervenção profissional que impõem limites à ética, gerando, muitas vezes, sentimentos de impotência (BARROCO, 2003) diante de situações conflitantes entre as necessidades de saúde dos usuários fronteiriços sem direito de acessar o SUS para dar conta de seu problema de saúde e as normativas institucionais do sistema que barram o atendimento desses usuários.

A intenção ética que mobiliza o desenvolvimento de estratégias de inclusão da população fronteiriça no SUS objetiva responder institucionalmente às suas necessidades

sociais. Por isso, o Código de Ética Profissional, como referência legal que se constitui, ao prescrever normas, direitos, deveres e sanções, orientando o comportamento individual dos profissionais e buscando consolidar uma determinada direção do Projeto Ético-Político, não pode ser a única referência para se conceber a ética profissional como um conjunto de obrigações formais (BARROCO, 2003).

Barroco (2003) sinaliza para o reconhecimento da inter-relação entre as esferas normativa (Código); teórica (orientações filosóficas e teórico-metodológicas que são a base das concepções éticas profissionais com seus valores, princípios, visão de homem e sociedade) e moral prática (comportamento prático individual dos profissionais e o conjunto de ações profissionais em sua organização coletiva dirigida para a realização de determinados projetos), uma vez que o reconhecimento somente da primeira esfera, numa visão legalista, desconsidera o conjunto de determinações sociais que incidem sobre “la conciencia de los profesionales en su relación con los rumbos marcados por el conjunto del colectivo profesional para su práctica y representaciones ideales” (BARROCO, 2003, p. 239).

Segundo Barroco (2003), os limites e possibilidades da ética profissional são estabelecidos tanto pelas tendências estruturais e conjunturais da sociedade como pela intervenção profissional orientada em função de um projeto coletivo. No entanto, os limites da ética profissional tornam-se mais evidentes quando analisados no atual contexto de transformações sociais e suas conseqüências:

[...] profundización de la exclusión social, evidenciadas en el desempleo, en la extrema concentración del ingreso, en la explotación de la fuerza de trabajo, en la desresponsabilización del Estado frente a las políticas públicas, en la aniquilación de los derechos sociales, en la falta de respeto a los derechos humanos básicos [...] (BARROCO, 2003, p. 241).

As expressões das transformações sociais que tendem a se agudizar em países subdesenvolvidos, como os latino-americanos, e mais ainda em regiões desprotegidas como as

fronteiras repercutem na intervenção profissional dirigida à proteção e inclusão social de segmentos da população excluídos do direito e da assistência à saúde.

Em relação ao exercício do direito à saúde por parte dos indivíduos fronteiriços, um dos apontamentos feitos pelas profissionais foi quanto à garantia legal desse direito para além do atendimento caracterizado como de urgência/emergência. Durante a pesquisa com gestores e profissionais da área da saúde, não se observou a orientação para o não atendimento dos usuários fronteiriços no SUS; ao contrário, as gestões municipais orientaram os profissionais em serviço para que o atendimento aos fronteiriços não fosse negado.

No entanto, apontaram como preocupação para a efetivação desse atendimento a falta de mobilização e de cooperação técnica e financeira dos países vizinhos quanto à cidadania e o ao direito à saúde na região das fronteiras, ou seja, os países vizinhos, numa referência específica ao Paraguai, não têm a preocupação com a garantia dos direitos e das políticas sociais de atendimento que dêem subsídios aos usuários em seu país de origem.

Há a necessidade de contrapartida e de um trabalho conjunto entre os ministérios dos países que compõem as fronteiras do Mercosul para o estabelecimento de um consenso quanto a regras, normas e protocolos de atendimento à saúde aos fronteiriços. Contrapartida em termos financeiros, pois muitas profissionais enfatizaram os problemas relativos ao financiamento da política de saúde ocasionados pelo atendimento dos usuários fronteiriços, já que esta população é elevada, às vezes maior que a população da própria cidade (MARISA; TÂNIA). Os municípios arcam com os custos elevados dos exames laboratoriais, ecografias, eletros, raios-X e com a compra de serviços de alta complexidade devido aos problemas de saúde por acidente (traumatologia) e pelo uso da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (JANAÍNA).

Outra preocupação refere-se à população flutuante que interfere na realização do estudo da realidade social e do atendimento em saúde do município com dados reais. Essa

situação é agravada pela falta do registro das informações e dos atendimentos em saúde tanto por parte dos profissionais como das SMS, com raras exceções. Os atendimentos à população fronteiriça não são registrados e contabilizados pelo SUS, o que dificulta a caracterização desta população em termos estatísticos para a exigência de recursos financeiros nas tratativas com o Ministério da Saúde brasileiro e dos outros países.

Algumas tentativas de cooperação já foram planejadas, mas ainda não realizadas efetivamente. No caso do atendimento a pacientes de AIDS, Brasil e Paraguai firmaram proposta de cooperação para implantar um serviço de referência em Ciudad del Este, onde o Brasil disponibilizaria 400 kits de tratamento e o Paraguai providenciaria a reforma de um hospital que seria referência; porém, nem o Brasil conseguiu disponibilizar os 400 kits, nem o Paraguai conseguiu reformar o hospital.

Na fronteira com o Uruguai, a assistente social enfatizou a necessidade de considerar a fronteira como tal, de definir as situações de fronteira a partir de um diagnóstico comum para a região, que muitas vezes não impõe nenhuma barreira ao trânsito e à convivência das populações. Para tanto, iniciativas como o acordo bilateral entre os dois países para a permissão de estudo, trabalho e residência devem ser fortalecidas sem desconsiderar as relações interpessoais que se estabelecem entre as famílias, pois estas não consideram a nacionalidade como determinante das relações sociais; naturalmente as famílias se misturam e fazem opções, como, por exemplo, de onde seus filhos irão nascer.

4.4 A intervenção profissional dos assistentes sociais junto à população fronteiriça e a garantia do acesso à saúde

A caracterização da intervenção profissional das assistentes sociais na área da saúde, na região das fronteiras, foi realizada através do levantamento, a partir da técnica de análise temática, das diversas ações profissionais mencionadas nas entrevistas. A qualificação dessas ações, com o objetivo de dar inteligibilidade e visibilidade ao universo do trabalho do assistente social de forma orgânica e integrada, foi realizada de acordo com o referencial teórico proposto por Mioto (2005).

A autora sistematiza duas proposições em relação à discussão da qualificação das ações profissionais. Em primeiro lugar, estabelece que a ação profissional é definida como “um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma consciente”, sendo a ação profissional o instrumento de movimentação, no âmbito da realidade social, de determinados projetos de profissão que, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e relações sociais (MIOTO, 2001, s/p). Segundo a autora, as ações profissionais contêm duas dimensões, uma operativa e outra ética e expressa, no momento em que é realizada, o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico.

Em segundo lugar, Mioto (2005, s/p) propõe a estruturação das ações profissionais em três eixos de intervenção:

1. **Processos Político-Organizativos:** podem ser definidos como uma área de trabalho dos assistentes sociais que têm como principal objeto a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada para o fortalecimento da sociedade civil. Neste processo, são desenvolvidas **ações de assessoria e mobilização**, realizadas através de diferentes **abordagens, como a grupal, a individual e a coletiva**, utilizando-se de diferentes instrumentos técnico-operativos: reunião, entrevista, assembléia, respectivamente;

2. **Processos de Planejamento e Gestão:** consistem o desenvolvimento de **ações de assessoria e consultoria** nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de programas e projetos sociais, bem como o desenvolvimento de **ações relacionadas à gestão de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços;**
3. **Processos Sócio-Assistenciais:** ações vinculadas ao atendimento de demandas singulares de usuários, especialmente famílias e segmentos sociais vulneráveis. As ações acontecem privilegiadamente no contexto institucional. O objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder às necessidades colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este processo quatro categorias de ações: **periciais, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e sócio-educativas.**

A autora enfatiza que a estruturação nos três eixos encontra-se dialeticamente articulada na dimensão investigativa, uma vez que entende a pesquisa como inerente ao processo interventivo. Considera ainda que os processos interventivos são os que “garantem subsídios e legitimidade à formulação de agendas públicas e a proposição de políticas sociais que venham a responder as demandas dos usuários e alimentar um processo de construção coletiva de reivindicação, afirmação e efetivação de direitos sociais” (MIOTO *apud* LIMA, 2004, p. 03). Assim sendo, as ações profissionais incidem sobre um determinado objeto, possuem objetivos específicos, realizam-se através de diferentes abordagens utilizando-se de diferentes instrumentos técnico-operativos.

Mioto (2005) parte da hipótese de que **a qualificação das ações profissionais nos três eixos de intervenção propicia o entendimento dessas de maneira independente do espaço ocupacional ou da área onde são realizadas**, pois os eixos permitem a leitura das ações sobre diferentes ângulos, possibilitando referenciá-las nos diferentes espaços ocupacionais e áreas de intervenção.

A partir dessas considerações, segue-se com a análise das ações profissionais das assistentes sociais que desenvolvem sua intervenção na área da saúde, na linha das fronteiras com a população fronteiriça usuária do SUS.

A partir da transcrição das falas das profissionais, foram encontradas aproximadamente 28 ações diferenciadas que se apresentam subdivididas nos eixos já mencionados.

No *eixo de Processos de Planejamento e Gestão* não foram mencionadas ações de assessoria e consultoria nas instituições pesquisadas, seja de natureza pública ou conveniada com o SUS, que objetivassem a proposição e avaliação de programas e projetos sociais, assim como ações relacionadas à gestão de recursos humanos e da informação.

As profissionais destacaram o desenvolvimento de ações relacionadas ao **gerenciamento e execução de programas como hortense e prótese e SIS Pré-Natal** e de **atividades burocráticas** não especificadas; **gerenciamento de serviços como a central de informações e o controle de entrada e saída dos visitantes e familiares** dos pacientes internados na instituição hospitalar; a **participação na gestão e desenvolvimento de projetos sociais** no interior do hospital; a **articulação da rede assistencial** e a **participação como integrante de comissões internas** de humanização do atendimento prestado na instituição.

No que se refere ao *eixo de Processos Sócio-Assistenciais*, as ações se subdividem em sócio-emergenciais e sócio-educativas, uma vez que não foi mencionada a realização de ações periciais e sócio-terapêuticas. Dentre as ações *sócio-emergenciais*, foram citados os procedimentos para a realização da **alta dos pacientes** internados; a **triagem** e o **acolhimento** dos usuários para o atendimento; **encaminhamentos em caso de óbito** – apesar dos encaminhamentos se caracterizarem como instrumento da intervenção; a rotina com os trâmites de **transferência de usuários** para outras cidades e instituições, pelos **atendimentos**

emergenciais (não especificados), pelas **requisições de exames** e pelos diversos **encaminhamentos** exigidos e realizados no cotidiano da intervenção.

Outras ações, de cunho assistencial, foram mencionadas, dentre elas o **atendimento direto aos usuários** que, na maioria das vezes, não tem a frequência desejada pelas profissionais pelo excesso de ações burocráticas demandadas pelo SUS, a **provisão de benefícios assistenciais** como vale-transporte, distribuição de cestas básicas, solicitação de transportes aos usuários internados e distribuição de autorizações para refeições aos acompanhantes dos usuários internados e **benefícios sociais** como aposentadorias.

Quanto às ações *sócio-educativas*, as profissionais de serviço social demarcaram o **repasso de informações**, através de reuniões, sobre aleitamento materno e planejamento familiar; **atividades de educação em saúde**; **orientações** individuais e coletivas com esclarecimentos e informações sobre o funcionamento do sistema, do tratamento e dos serviços; e orientações grupais com segmentos da população como obesos, gestantes e diabéticos.

O **trabalho desenvolvido junto às famílias** dos usuários também foi enfatizado principalmente pela importância do acompanhamento do tratamento do usuário pelos familiares; os rearranjos que a família terá que se submeter para acompanhar o familiar adoentado são considerados fundamentais pelas profissionais para o **suporte do tratamento**.

[...] esse trabalho com a família tem que trabalhar essa questão de [...] como vai receber esse paciente, ele tem que saber que é uma pessoa especial, onde vai ter que ter atendimento especial, onde ele vai ter que aprender a lidar com as duas situações, com o paciente, com a doença do paciente e, ao mesmo tempo, com os problemas, com a questão do trabalho, vai ter que dividir poderes, delegar poderes da família [...] (ANA).

As profissionais desenvolvem seu trabalho junto ao usuário, em especial, àquele que se encontra internado, articulado à família, na perspectiva de vê-lo na totalidade do seu contexto e não de forma isolada. Outras ações junto à família são realizadas como a

intermediação do diagnóstico, numa linguagem acessível, do problema de saúde do usuário e o **diagnóstico sócio-familiar** para o levantamento da situação e realidade social da família.

Das ações mencionadas, duas se destacam por terem sido apontadas pela totalidade das assistentes sociais. No eixo de Processos Sócio-Assistenciais, na categoria de ações sócio-educativas, foi citada a ação de **orientação**: as profissionais mencionaram realizar essa ação junto aos usuários quanto à regularização da documentação, tanto aos estrangeiros, quanto aos brasiguaios e brasileiros, pelo elevado índice de pessoas sem registro de nascimento. A orientação em relação à regulamentação da documentação perpassou todos os espaços de trabalho das assistentes sociais pelo fato da população usuária do SUS perpassar também os diversos níveis do sistema. No entanto, as ações de orientação não se restringiram às questões relacionadas unicamente à documentação; foram citadas as orientações em saúde, como no caso específico do serviço que atende portadores de HIV/AIDS; orientações no sentido de evitar a reincidência do usuário no sistema pela volta da doença ou problema de saúde, a partir da mediação entre a realidade social do usuário e a continuidade do seu tratamento no âmbito domiciliar; orientações sobre benefícios sociais e sobre os direitos e deveres do paciente e dos acompanhantes deste.

O assistente social, em todas as instâncias e fases de atendimento e acompanhamento nas unidades produtoras de serviços de saúde, realiza ações de cunho sócio-educativo por meio de orientação individual, grupal e coletiva (MIOTO, 2005; COSTA, 2000). O desenvolvimento dessas ações proporciona aos usuários fronteiriços um espaço que contenha um amplo leque de informações referente à instituição hospitalar, unidade ou centro de saúde; sobre a regularização de sua situação no país; sobre os serviços sociais existentes e possíveis de serem acessados e o direito à saúde, entre outras. A ação de orientação caracteriza-se como um espaço de democratização do conhecimento e de informações, mas também como um

espaço em que a população fronteiriça expressa demandas por apoio, alívio de tensões e esclarecimentos.

Assim a intervenção a partir de ações sócio-educativas

[...] pode ser entendida como um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário, sendo que ela pode contribuir na formação profissional do Assistente Social através do exercício educativo e pedagógico no campo operacional. Permite, ainda, que sejam estabelecidas relações que promovam a construção de conhecimentos e habilidades técnicas, políticas e éticas, no convívio do cotidiano profissional, baseado em referenciais que estimulem a problematização e a crítica transformadora da realidade onde se inserem (LIMA, 2003, p. 23).

A ação sócio-educativa a partir da construção do conhecimento da realidade social em questão pode estabelecer o espaço necessário para que as tensões, necessidades e problemáticas de saúde dos usuários sejam motivo de preocupação e atenção da esfera estatal, a partir de uma intervenção comprometida com seus interesses e de acordo com as premissas do Projeto Ético-Político. A democratização das informações e do acesso aos serviços e ações de saúde significa também dar visibilidade à condição de não cidadão, que não pode (ria) ter direito à assistência à saúde pela nacionalidade estrangeira ou por não residir no território nacional brasileiro. Significa contribuir com o debate sobre a inclusão da população fronteiriça no SUS e sobre a conformação do direito à saúde nas fronteiras do Mercosul junto aos gestores, a outros profissionais, à sociedade civil organizada em entidades, associações e conselhos na área da saúde no sentido de fortalecer o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, bem como na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania.

A orientação dada pelas profissionais de serviço social aos usuários fronteiriços dos serviços de saúde possibilita um processo democrático e político e diferencia-se da simples informação sobre legislação e atos normativos pelos seguintes aspectos apontados por Silva (2000, p. 114):

- É transmitida na ótica do direito na direção do compromisso com a cidadania, o que significa direcioná-la para além da normatividade legal dos direitos, para a tradução prática, a partir da compreensão do usuário como um sujeito de valores, interesses e demandas legítimas, passíveis de serem negociadas;
- Tem por referência inicial a realidade imediata do usuário, expressa pelas demandas que este apresenta e pelo seu perfil socioeconômico e político;
- É um processo de politização que, para se desenvolver, exige discussões, análises e proposições que possibilitem reflexão e crítica, numa relação democrática e de respeito entre o saber profissional institucional e político do assistente social e o saber do usuário, buscando elevar seu poder.

A dimensão educativa da intervenção profissional colabora para que o agir do assistente social seja promotor de um processo de participação dos usuários/sujeitos envolvidos e que desperte o conhecimento crítico sobre a realidade, tendo em vista a construção de estratégias coletivas de atendimento às necessidades e aos interesses dos usuários do SUS, sejam fronteiriços ou não.

No eixo de Processos de Planejamento e Gestão, foi citada a ação de **articulação da rede assistencial** – com o objetivo de dar suporte, tanto para que o tratamento de saúde dos usuários se desenvolva de forma integral quanto para que a família acompanhe o usuário, o serviço social trabalha no sentido de acionar outras políticas sociais, como a política de assistência social e de educação; outras instituições que efetivamente dêem o suporte que a família necessita para acompanhar o usuário em tratamento, como albergues ou alojamentos; outros profissionais de saúde nos casos em que o tratamento se desenvolva fora do município; no caso específico da intervenção com os fronteiriços, o trabalho articulado junto a instituições que integram o processo de regularização da situação destes, como os fóruns, o

Ministério Público, os consulados brasileiro, paraguaio e uruguaio, pastorais do imigrante e da criança, a Polícia Federal e as instituições hospitalares dos países vizinhos.

A articulação com a rede assistencial que visa à construção de vínculos entre as diversas organizações produtoras de serviços sociais é indispensável na gestão dos serviços e programas de saúde e um determinante ético para o aproveitamento de recursos existentes, sejam estes públicos, privados, não-governamentais, filantrópicos, sem fins lucrativos ou religiosos. Ela contém um caráter emergencial em se tratando da população fronteiriça devido ao contexto em que essas pessoas vivem, onde as políticas sociais de seus países estão caracteristicamente direcionadas aos indivíduos mais pauperizados, mobilizam e viabilizam recursos materiais e sociais a fim de atender suas demandas, em sua maioria urgentes. A viabilização desses recursos objetiva alterar minimamente as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos fronteiriços, onde o acesso a benefícios de saúde, mesmo residuais, tem confirmado a lógica perversa da exclusão.

No entanto, encaminhar e articular uma rede de recursos assistenciais pressupõe o domínio de informações e o conhecimento crítico dos direitos sociais, serviços e critérios socioinstitucionais de atendimento, no caso das fronteiras também de outros países, para que a tomada de decisões dos profissionais ofereça maior segurança, continuidade e resolutividade no atendimento à população fronteiriça.

Ainda em relação a estas duas ações, faz-se interessante uma observação de caráter semântico, conforme destaca Miotto (2005), onde: as assistentes sociais definem ações diferentes como sendo iguais (com objetivos semelhantes), com uma mesma denominação, e, ao contrário, definem ações iguais com denominações diferentes, como foi o caso da ação de orientação, que também foi denominada de informação, ou como as ações de encaminhamento, que tiveram a mesma denominação de articulação da rede assistencial. Ou

seja, tanto em um como em outro caso, as profissionais definiram ações iguais com nomes diferentes e ações diferentes de forma igual.

Feito esse parêntese, de maneira geral, todas as profissionais apontaram que as ações de orientação e articulação da rede assistencial contribuem para que os usuários fronteiriços acessem e exerçam o direito à saúde tanto no Brasil como em seu país de origem. Pois o acesso às orientações e informações fornecidas pelas profissionais faz com que os usuários percebam a importância de regularizar sua situação para ter acesso e direito à atenção à saúde integral, sem ser somente atendimento de urgência/emergência. Informações no sentido de esclarecer que seu país de origem tem responsabilidade na atenção à saúde, que desenvolve os mesmos programas que o Brasil e também recebe as mesmas verbas do empréstimo com o Banco Mundial para a assistência a saúde e, por isso, tem responsabilidade quanto à garantia da assistência à saúde (TÂNIA).

As ações sócio-educativas, mesmo não sendo consideradas pelas profissionais como totalmente eficazes, constituem “um trabalho de formiguinha, embora não esteja algo assim tão visível” (ANA), ficam registradas pelos usuários que as recebem. As orientações, os encaminhamentos para a legalização da documentação, os contatos com a rede assistencial que auxilia a regularizar a situação dos usuários fazem com que “[...] a reincidência do estrangeiro já ameniza, só que eles passam pra os colegas, passam pra outras pessoas; tem sempre, tem alguém que indicou [...]” (ANA).

A regularização da situação no país ou o acesso à assistência à saúde, por parte dos fronteiriços, demonstra que o trabalho do assistente social é resolutivo; “[...] na realidade, o serviço social acaba demonstrando que realmente tem uma eficácia muito grande, ele resolve o problema daquela pessoa [...]” (CLÁUDIA). A intervenção do assistente social só não é mais resolutiva, como apontam as profissionais, pela falta de um respaldo legal para o

atendimento à população, respaldo que ainda é incipiente na normatização brasileira (JANAÍNA).

A sistematização e análise das ações profissionais na saúde, no âmbito das fronteiras, têm demonstrado uma intervenção condicionada ao eixo de Processos Sócio-Assistenciais, prevalecendo as ações sócio-emergenciais e sócio-educativas. O condicionante de uma intervenção centralizada nesse eixo é, principalmente, o contexto social totalmente desfavorável à inclusão da população fronteiriça a partir de outras ações, uma vez que são indivíduos não cidadãos, não residentes no território, não pertencentes à comunidade política brasileira. Dentre as conseqüências desse contexto para a saúde da população fronteiriça podem-se citar duas: a perpetuação da exclusão quanto ao direito à saúde de forma integral através do atendimento dos fronteiriços em todos os níveis do SUS e a construção de uma pseudo-intersetorialidade, pois o atendimento em saúde na região das fronteiras está mais calcado na lógica da solidariedade do que na criação de protocolos oficiais de atendimento entre os ministérios de saúde dos Estados-membros do Mercosul.

As assistentes sociais não mencionaram a realização de ações de cunho *político-organizativas* no atendimento e inclusão da população fronteiriça; não foram desenvolvidas ações de assessoria e mobilização desse segmento populacional para a ampliação do acesso à assistência e ao direito à saúde. O maior desafio para o trabalho nas fronteiras constitui pensar o desenvolvimento de Processos Político-Organizativos, tarefa não exclusiva dos assistentes sociais, pois a construção da cidadania nessa região demanda ações conjuntas e coletivas entre gestores e profissionais de diversas áreas dos quatro países, de organizações internacionais como a OPAS, de organizações supranacionais que visualizem e planejem a organização dos serviços e a inclusão da população neles.

Já a necessidade de estabelecer os aspectos normativos, apontados anteriormente pelas profissionais, é a luta a ser travada a partir de ações do eixo de Planejamento e Gestão. A

busca é por uma normativa que assuma a invisibilidade da situação precária de saúde da população fronteiriça, que, mesmo não tendo um impacto global, tem impactos de vida/morte para os indivíduos que necessitam de atendimento à saúde.

O desenvolvimento de todas essas ações profissionais está associado à falta de condições adequadas para o trabalho, o que faz com que as profissionais não possam privilegiar a intervenção para além dos muros das instituições. A demanda de usuários é grande para ser atendida por somente uma profissional de serviço social com, em média, um turno de 6 horas de trabalho; falta estrutura para o acompanhamento dos usuários no âmbito domiciliar, pois não há carro para a realização de visitas e nem profissionais que substituam sua ausência na instituição; a área de abrangência dos núcleos de saúde pressupõe uma demanda tão elevada em termos de número e tamanho territorial que somente uma profissional não tem condições de atender; o trabalho em saúde junto à comunidade também fica prejudicado, e a falta de treinamento dos funcionários que trabalham no sistema traz alguns entraves à intervenção, como o preenchimento incorreto de dados.

Todos esses fatores compõem o cotidiano de trabalho das profissionais que têm que desenvolver suas ações sem o suporte de uma equipe multidisciplinar e sem recursos materiais suficientes e adequados para que o atendimento das problemáticas de saúde seja o mais integral possível.

O contexto das fronteiras acentua a questão da falta de condições de trabalho, pois o contingente populacional fronteiriço demanda atenção especial durante o atendimento realizado por parte das assistentes sociais, já que exige alguns conhecimentos específicos impostos por essa realidade de trabalho.

Três assistentes sociais entrevistadas informaram que o trabalho desenvolvido junto aos usuários estrangeiros não impôs conhecimentos particulares na intervenção profissional. Nos outros casos, a realidade das fronteiras exige das assistentes sociais dois tipos de

conhecimentos. O primeiro deles é referente aos aspectos culturais, principalmente as questões ligadas à linguagem – o entendimento da língua estrangeira – no momento do atendimento. Mesmo que a língua falada seja uma mistura do espanhol com português (portunhol – como é chamada a língua falada nas fronteiras), ela exige das profissionais um esforço e um conhecimento no momento do atendimento específico de serviço social, para o repasse das informações sobre a situação de saúde e sobre a dinâmica do sistema. As exigências para as profissionais são maiores na fronteira com o Paraguai, pois no país se falam duas línguas, o espanhol e o guarani, uma vez que a população é composta por grande número de indígenas.

A diversidade cultural das populações nas fronteiras faz com que apareçam as diferenças dos costumes, que se refletem nas questões legais, sendo comum as pessoas não possuírem qualquer tipo de documento de identificação ou registro de nascimento, pois os processos migratórios para os países vizinhos fazem com que muitos deixem de ver a necessidade da documentação.

Outro conhecimento demandado pela região das fronteiras é quanto aos aspectos legais que envolvem esse contexto como um todo, de trânsito e permissão de entrada dos usuários fronteiriços quanto ao direito à saúde. No caso específico da intervenção das assistentes sociais, observou-se a falta de respaldo legal para o atendimento da população fronteiriça, pois esta é significativa e presente no cotidiano do SUS, interferindo na política municipal de saúde, onde faltam instrumentos, orientações, legislações e normatizações para o atendimento profissional.

Tanto o Ministério da Saúde, quanto as secretarias estaduais e municipais de saúde, sendo as últimas as mais atingidas com o impacto da população fronteiriça, não se manifestam quanto à normatização dos atendimentos. A pouca legislação existente é invisível aos gestores e aos profissionais que atendem aos usuários. Isso interfere diretamente no trabalho do serviço

social e de outros profissionais de saúde, que ficam sem respaldo institucional e legal para o atendimento da população fronteiriça.

Em Foz do Iguaçu, as profissionais solicitaram ao Ministério da Saúde um parecer jurídico que orientasse a intervenção na saúde, pois a ausência de uma legislação específica para a região deixa as profissionais sem saber como proceder em determinadas situações. Concomitantemente a isso, o serviço social está construindo um protocolo de atendimento à população fronteiriça a partir da sistematização das ações desenvolvidas nesse espaço ocupacional. O que falta agora são subsídios legais para legitimar esse tipo de iniciativa; o momento é propício para a construção desse protocolo, uma vez que está em discussão o SIS – Mercosul, e o Ministério da Saúde está mais próximo desta questão.

As profissionais de serviço social enfatizaram a dificuldade de estabelecer, por exemplo, um protocolo de atendimento, um instrumento não definitivo e que considere a especificidade da realidade, pois muitos casos seguem caminhos diferenciados na resolutividade das problemáticas de saúde dentro do mesmo sistema.

Na região da fronteira com o Uruguai, o avanço nos acordos bilaterais entre os dois países favorece a intervenção profissional, mas a normatização não adquire visibilidade nem para os profissionais que atuam diretamente nos serviços, nem para as instituições e para os gestores da política. O sistema atende os usuários fronteiriços, mas sem o respaldo legal necessário.

CONCLUSÕES

A articulação entre a intervenção profissional dos assistentes sociais com o Projeto Ético-Político da profissão e a efetivação do acesso à saúde à população fronteiriça no âmbito das fronteiras do Mercosul passa pela compreensão da interferência que os fatores externos - macrossocietários - e internos - microssociais - têm na intervenção profissional, no espaço ocupacional da saúde. Fatores macrossocietários que se refletem na relação Projeto Ético-Político e projeto societário hegemônico e fatores microssociais que interferem na relação profissionais assistentes sociais e usuários do SUS - neste caso aqueles usuários advindos do trânsito interfronteiras.

Os fatores externos identificados que interferem na intervenção profissional na direção do acesso da população fronteiriça à assistência à saúde são dois: o primeiro referente aos aspectos jurídico-formais e o segundo que diz respeito às transformações do papel do Estado e do universo do trabalho.

O primeiro fator jurídico-formal se expressa através das diferenças quanto às normatizações e legislações de cada Estado-membro do Mercosul no que se refere ao direito à saúde aos indivíduos considerados membros de determinada comunidade política definida territorialmente nos limites do país e conseqüentemente das heterogeneidades existentes entre os sistemas nacionais saúde. As normativas constitucionais e específicas de saúde desses países contemplam a concepção de cidadania moderna calcada no *status* do pertencimento a uma comunidade definida territorialmente desconsiderando as tentativas do passado e do presente de estabelecer processos de integração regional, mesmo que, a partir da constituição de blocos centrados nos aspectos econômicos.

A integração regional a partir do estabelecimento do Mercosul não contemplou aspectos para além dos econômicos como os sociais. As tratativas e acordos de cooperação na área da saúde, seja no âmbito nacional (interministerial) ou intermunicipal entre os quatro Estados-membros para a conformação do direito à saúde nas fronteiras e conseqüentemente o atendimento da população fronteiriça estão se encaminhando para uma concretização a longo prazo, o que vem dificultando a efetivação do acesso dessa população à saúde através da intervenção profissional dos assistentes sociais pela falta de respaldo legal e desfavorecimento dos aspectos sociais. Discutir a conformação do direito à saúde e sua garantia no âmbito de um acordo como o Mercosul é tratar do desvelamento de um conjunto de necessidades, sejam elas sociais, econômicas ou geográficas que forcem uma parcela da população desses países a buscar atendimento à saúde, por exemplo, no sistema brasileiro.

O favorecimento prevalente das questões econômicas no âmbito do Mercosul serve como barreira quando do atendimento da população fronteiriça no SUS pelo serviço social, pois as profissionais ao desenvolverem estratégias de proteção e inclusão social na saúde à essa população encontram, na ausência da dimensão social do Acordo, dificuldades para uma intervenção mais inclusiva pela impossibilidade de previsão legal da livre circulação de pessoas nas fronteiras entre um país e outro.

A circulação restrita (não livre) de pessoas nas fronteiras do Mercosul faz com que a exigência da documentação brasileira ou de naturalização brasileira seja determinante para o acesso e inclusão à assistência à saúde. Este fator restritivo é determinante para o desenvolvimento de estratégias, por parte das assistentes sociais para a inclusão dos fronteiriços no SUS.

A heterogeneidade dos quatro sistemas nacionais de saúde também é determinante para que a intervenção profissional seja inclusiva ou não. As diferenças se dão, entre outros aspectos, quanto ao financiamento, a concepção de direito à saúde e de saúde de maneira

universal, integral, como responsabilidade do Estado e com recursos totalmente públicos o que garante a gratuidade do sistema. O Paraguai é o outro país do Acordo que constitucionalmente reconhece a saúde como um direito de todos, mas da mesma forma que a Argentina e o Uruguai não provém financeiramente esse direito com recursos públicos, a não ser uma pequena parte da atenção à saúde, a menos custosa, referente a prevenção e direcionada aos segmentos mais pauperizados da população.

A garantia do direito à saúde de forma gratuita, universal e integral no Brasil tem atraído significativo fluxo da população fronteiriça em busca de assistência curativa à saúde no SUS pelo déficit de serviços e ações oferecidos em seus países de origem. A população fronteiriça que demanda maior assistência à saúde no SUS é a paraguaia, tornando-se, conseqüentemente, demanda crescente do serviço social na saúde. O elevado fluxo da população paraguaia e brasiguiaia sobrepõem-se ao fluxo populacional com a fronteira uruguaia concentrando-se na Tríplice Fronteira com a cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná, e com a cidade de Ponta Porã no Mato Grosso do Sul.

O atendimento prestado pelo serviço social aos usuários fronteiriços fica limitado pela falta de normatizações específicas para essa região que dêem respaldo legal a intervenção profissional. A falta de cooperação entre os países na área da saúde favorece as ações imediatistas de cunho emergenciais e pontuais pela impossibilidade de inserção no SUS da população fronteiriça como tal.

Porém, não somente os aspectos jurídico-formais dificultam a articulação da intervenção profissional e a efetivação do acesso à saúde, as condições de trabalho na saúde, no SUS, e as transformações do papel do Estado nessa área também são dois fatores importantes que devem ser considerados.

A pesquisa de campo apontou para um número reduzido de profissionais de serviço social inseridos na política de saúde na região das fronteiras, como para uma sobrecarga de

trabalho em função da ausência de profissionais. Os turnos de trabalho, como um todo, ficam reduzidos diante da numerosa e diversificada demanda dos usuários do SUS. Também faltam recursos humanos - demonstrados pela falta de contratação de mais assistentes sociais como de outros profissionais de saúde que possam compor equipes de saúde numa perspectiva multi ou interdisciplinar – e recursos financeiros devido às restrições governamentais dadas pelas instâncias estaduais e pela falta do repasse total dos valores a serem gastos com saúde pela União, situação que sobrecarrega e responsabiliza os orçamentos municipais de saúde.

No entanto, a efetivação do acesso à saúde à população fronteiriça transcende a intervenção profissional, pois está submetida às contratualidades estabelecidas, no contexto macrossocietário, no qual é determinante, a orientação dada pelos Organismos Internacionais, em especial, o Banco Mundial, aos Estados Nacionais para a redução dos gastos públicos com a área social, incluindo a política de saúde, que no caso brasileiro deveria repensar a gratuidade e a universalidade do SUS, uma vez que isso implicaria em gastos financeiros elevados. O Estado deve direcionar suas funções unicamente para a regulação das políticas sociais em detrimento das funções de execução e provisão direta de serviços sociais.

Quanto aos fatores internos interferentes na relação profissionais de serviço social e usuários fronteiriços do SUS tem-se, principalmente, a limitação institucional da política de saúde em nível municipal que gera limitações a intervenção e estimulam o desenvolvimento de estratégias lícitas e ilícitas para o acesso ao sistema, por parte dos usuários fronteiriços e a inexistência de iniciativas intermunicipais para o atendimento à saúde aos fronteiriços.

A falta do estabelecimento de relações entre as municipalidades fronteiriças seja formal ou informalmente, para discutir as questões relacionadas ao acesso à saúde nas fronteiras, distancia o serviço social da realização de uma intervenção a partir de protocolos oficiais e interinstitucionais de cooperação técnica e financeira para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde de maneira segura, resolutiva e integral.

Constata-se que a intervenção profissional dos assistentes sociais no contexto da política de saúde nas fronteiras do Mercosul - devido a falta de respaldo legal, as condições de trabalho oferecidas pelo SUS e da situação agravada de saúde da maioria dos casos dos usuários fronteiriços - concentra-se em ações de caráter sócio-emergenciais e sócio-educativas.

No contexto das fronteiras as ações de caráter político-organizativos e de planejamento e gestão junto à população fronteiriça ficam desfavorecidas, pois o desenvolvimento de ações nesses dois eixos requer a participação e envolvimento de outros sujeitos e instituições que somente o serviço social como profissão.

No eixo de planejamento e gestão a exigência é o estabelecimento de normativas e tratativas entre os quatro países e seus ministérios de saúde que assumam a invisibilidade da busca da atenção à saúde no SUS nas fronteiras. Estas normativas e tratativas ao regulamentar o atendimento em saúde nas fronteiras têm um impacto local, microsocial na vida e morte dos usuários fronteiriços.

O eixo político-organizativo implica na construção da cidadania nas fronteiras, no entanto para que isso ocorra teriam papel fundamental na discussão diversas instituições como a OPAS, associações profissionais da área da saúde, iniciativas de ações ministeriais como o SIS-Mercosul, tudo no sentido de pensar a organização dos serviços de saúde e planejar a inclusão dos usuários fronteiriços nos quatro sistemas nacionais de saúde.

Porém, as discussões interministeriais entre os países para estabelecer a integração na área da saúde não vêm dando conta da problemática do atendimento das necessidades em saúde da população fronteiriça e de sua acessibilidade ao direito à saúde. Enquanto as discussões entre os ministérios da saúde no SGT 11 não avançam para a concretização da resolução da problemática do atendimento à saúde nas fronteiras do Mercosul, os municípios fronteiriços brasileiros, de um lado, arcam unilateralmente com o atendimento da demanda

excedente que é a população fronteiriça sem terem condições financeiras e de recursos humanos suficientes. Por outro lado, os fronteiriços desenvolvem estratégias de sobrevivência para garantirem a acessibilidade à saúde que passam pela falsificação e roubo de documentos de cidadãos brasileiros até o fornecimento de endereço de parentes, amigos e mesmo desconhecidos no sentido de terem a possibilidade de serem atendidos mesmo que para a resolução urgente de sua situação de saúde de forma gratuita. Essas estratégias se caracterizam pela ilegalidade e suscitam preocupações de ordem ética que não estão na agenda política dos gestores da região.

O estudo proporcionou inferir que o conjunto de fatores internos e externos - microssociais e macrossetários – interferem na articulação entre a intervenção profissional e a efetivação do acesso à saúde à população fronteiriça como também interferem, conseqüentemente, na conformação do direito à saúde nas fronteiras do Mercosul.

Interferem tanto de maneira positiva como negativa no sentido da configuração do direito à saúde estendido a toda população fronteiriça que transita nas fronteiras entre os quatro países do Mercosul. O que se observou quanto aos aspectos macrossetários, em especial às legislações constitucionais e normatizações específicas na área da saúde dos quatro países, é que estas diferem no que diz respeito, principalmente, ao financiamento público da política de saúde, a concepção de saúde e de direito à saúde, determinando as diferenças existentes entre os sistemas nacionais de saúde. No que se refere aos aspectos microssociais o desenvolvimento de ações e serviços em saúde conjuntamente entre os municípios brasileiros e os municípios dos países vizinhos que compõem o Acordo; a necessidade da população fronteiriça pelo atendimento à saúde além das fronteiras do país de origem; e o compromisso humanitário com o atendimento a esta população por parte de gestores e profissionais de saúde que atendem no SUS pode fazer avançar a configuração do direito à saúde nas fronteiras sem que esta questão ganhe amplitude política na agenda de

discussões dos quatro países para sua resolução formal, tanto em termos financeiros e técnicos como em termos de avanços no processo de integração regional para além dos aspectos meramente econômicos.

A movimentação da população fronteiriça em busca de assistência à saúde, que se caracteriza como uma demanda crescente ao SUS e sua inclusão nesse sistema, transcendem as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, demandam sim ações em níveis supranacionais, interministeriais e intermunicipais, que dêem conta de uma discussão maior e mais profunda que é a construção e conformação do direito à saúde nas fronteiras do Mercosul, enfim um processo longo, sim muito longo.

Jorge Drexler
Frontera

Yo no sé de dónde soy
mi casa está en la frontera
Y las fronteras se mueven
como las banderas
Mi patria es un rincón
el canto de una guitarra
Los dos primeros acordes
que yo supe en la guitarra

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, 2000, p. 06-21.

ALMEIDA, N. L. T. Considerações para o exame do processo de trabalho do serviço social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 52, 1996, p. 24-47.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?:** ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9 ed. Campinas – São Paulo: Cortez – Editora da UNICAMP, 2003.

_____. O desenho multifacetado do trabalho hoje e sua nova morfologia. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 69, 2002, p. 107-120.

_____. Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.50, 1996, p. 78-86.

ARGENTINA. Constitución de la Nación Argentina. IN: **Constituições dos países do Mercosul: 1996-2000: Textos constitucionais Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001, p. 75-102.

AURÉLIO, B. H. F. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALLARINO, T. Cidadania e Nacionalidade. IN: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais**. 2 ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2003, p. 85-93.

BARROCO, M. L. Los fundamentos socio-históricos de la ética. IN: BORGIANNI, E; GUERRA, Y; MONTAÑO, C (orgs.). **Servicio Social Critico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional**. São Paulo: Cortez, 2003, p. 223-247.

BAYER, G; LEYS, H. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 22, 1986, p. 108-125.

BEHRING, E. R. O Brasil e a mundialização do capital: privatização, deslocalização e flexibilização das relações de trabalho. IN: SERRA, R. (org.). **Trabalho e Reprodução: enfoques e abordagens**. São Paulo: Cortez, 2001, p. 107-117.

BEREZOVSKI, M. **Serviço Social médico na administração hospitalar**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Trabalho em Saúde**. Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde – DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Regional, 2005a.

BRASIL, **Decreto Legislativo Nº 907/2003**. Dispõe sobre 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 Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/internet/comissao/>> . Acessado em 21 de agosto de 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. IN: **Constituições dos países do Mercosul: 1996-2000: Textos constitucionais Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001a, p.141-396.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. IN: BRAVO, M.I.S et al.(orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 25-47.

_____. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. IN: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs). **Política social e democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 197-215.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRESSER PEREIRA, L.C. **A reforma do estado nos anos 90**: lógica e mecanismo de controle. Cadernos do MARE, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, v1, 1997.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOSCHETTI, I. Seguridade social e projeto ético-político do serviço social: que direitos para qual cidadania? **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 79, 2004, p. 108-132.

CASTAMANN, D; DAL PRÁ, K. R; NOGUEIRA, V. M R. **Demandas e recursos para atenção à saúde na linha da Fronteira Mercosul**. Florianópolis: mimeo, 2005.

CASTRO, J. D, et al. **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. Brasília: mimeo, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de ética do assistente social**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

_____. **Intervenção profissional do assistente social no campo da saúde**. Brasília: mimeo, 1990.

COSTA, M. D. H. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. IN: MOTA, A. E. (org.). **A nova fábrica de consensos**: ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2000, p. 97-113.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 62, 2000a, p. 35-72.

COSTA, N. R. **Política social e ajuste macroeconômico**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, sup. 2002.

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma concepção possível.** 2003, Porto Alegre. 197 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. IN: DAGNINO, E (org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 4 reimp. 2004.

DAIN, S. 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 trasfronteirização dos sistemas de saúde. IN: GALLO, E; COSTA, L. (orgs.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p. 67-96.

DAL PRÁ, K. R. **Diário de Campo - Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde.** Porto Alegre: mimeo, 2005.

DEDECCA, C. S; PRONI, M. W; MORETTO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. IN: NEGRI, J; GIOVANNI, G. D.(orgs.). **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas: UNICAMP, 2001, p. 175-216.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo, n. 115, mar. 2002, p. 139-154.

ESCAMILLA, J. A. **Saúde e exclusão nas Américas: informação e análise da situação de saúde.** Florianópolis: OPAS – Brasil, 2005, mimeo. Anotações realizadas na palestra proferida no Seminário Internacional Fronteira Mercosul: as interfases entre o social e o direito à saúde.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais.** Disponível em <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala256.pdf>>. Acessado em 23 de abril de 2005.

FLORIANÓPOLIS. O direito a saúde nas fronteiras do Mercosul. **Ante-Projeto de Pesquisa.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: mimeo, 2005.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. IN: FAZENDA, I. **Metodologia da pesquisa educacional.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 1994. p. 71-90.

GALLO, E. et al. Cooperação em saúde e integração regional: políticas para promover a dinamização do complexo da saúde no Mercosul. IN: GALLO, E; COSTA, L. (orgs.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p. 21-31.

_____. A integração dos sistemas de saúde que atendam a população fronteiriça dos países do Mercosul – SIS - Mercosul. IN: GALLO, E; COSTA, L. (orgs.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004a, p. 41-53.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 64, 2003, p. 155-164.

GONZÁLEZ, C. **La frontera en debate: una discusión en torno a la integración regional y el futuro del Estado nación**. Florianópolis, 2005, mimeo. Anotações realizadas na palestra proferida no Seminário Internacional Fronteira Mercosul: as interfases entre o social e o direito à saúde.

GRANEMANN, S. Processos de trabalho e serviço social. **Caderno de capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social**. Brasília: UNB, módulo 2, 1999, p. 154-166.

HOLANDA, E. G. M. A saúde no Mercosul – integração em benefício da saúde. IN: GALLO, E; COSTA, L. (orgs.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p. 33-36.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. IN: CFESS (org.). **Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em Questão**. Brasília: CFESS, 2002, p. 13-50.

_____. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. **Caderno de capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social**. Brasília: UNB, módulo 1, 1999, p. 112-128.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Faixa de fronteira**. Disponível em <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acessado em 10 de janeiro de 2005.

JÚNIOR, A. J. Mercosul e o desafio da livre circulação de trabalhadores: dificuldades e perspectivas. IN: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais**. 2 ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2003, p. 349-375.

JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais**. 2 ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2003, p. 13-18.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LAURELL, A. C. La salud: de derecho social a mercancia. **Boletín APS**, Quito, n. 5, ago, 2000, p. 81-92.

LAVALLE, A. G. Cidadania, igualdade e diferença. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 59, 2003, p. 75-94.

LIMA, T.C.S. A intervenção profissional do serviço social: propondo o debate sobre ações sócio-educativas. IN: **IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS**. Porto Alegre: Anais do IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2004.

_____. **Reconstruindo o Processo: a construção de uma cartografia para a intervenção profissional dos Assistentes Sociais com Famílias**. Relatório parcial de pesquisa. Florianópolis: UFSC, 2003, mimeo.

MACPHERSON, C. B. **Ascensão e queda da justiça econômica e outros ensaios: o papel do Estado, das classes e da propriedade na democracia do século XX**. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Grijalbo, 1977.

MARX, K. **O capital**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 11 ed. São Paulo: Bertrand Brasil, v.1, livro 1, 1987.

_____. **A questão judaica**. Rio de Janeiro: Laemmert, 1969.

MARTINS, H.H.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 30, n. 2, 2004, p. 289-300.

MATOS, M. C. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n, 74, 2003, p. 85-117.

_____. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária**. Rio de Janeiro, 2000.111f. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MATTOSO, J. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1995.

MELO, M. A. B. C; COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 11, 1994, p. 49-108.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. IN: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco. 1995.

MENDES, J. M. R; WUNSCH, D. S. Trabalho e configuração da classe operária na atualidade. IN: MERLO, A. R.C. (org.). **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004, p. 379-396.

MENDES, J. M. R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

_____. **O assistente social na gerência do sistema de saúde no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 1993. 202 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MIOTO, R. C. T. **A dimensão técnico-operativa em foco: a ampliação do debate.** Oficina Regional da ABEPSS SUL I. Florianópolis: UFSC, 2005, mimeo.

_____. A intervenção dos assistentes sociais junto à famílias e o direito de crianças e adolescentes: a instrumentalidade do serviço social em questão. **Anais do 10º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS.** Rio de Janeiro: UERJ/CBAS – CD ROM, 2001.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea, questão social.** Brasília: UNB, módulo 1, 1999, p. 92-110.

_____. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n.50, 1996, p. 87-132.

NICOLETTI, L. Planificação em saúde e participação comunitária. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 1, 1979.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política.** São Paulo: Senac, 2001.

NOGUEIRA, V. M. R. **Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina/Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2003, mimeo.

_____. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda.** Florianópolis, 2002.333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

NORONHA, J. C; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. IN: GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABRASCO/IMS-UERJ, 1994, p. 73-111.

PARAGUAY. Constitución de la República del Paraguai. IN: **Constituições dos países do Mercosul: 1996-2000: Textos constitucionais Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001, p.445-496.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – teoria e prática**. Guanabara Koogan, 2000.

PETRAS, J. Os fundamentos do neoliberalismo. IN: OURIQUES, N. D; RAMPINELLI, W. J. **No fio da navalha – crítica das reformas neoliberais de FHC**. São Paulo: Xamã, 1997, p. 15-38.

PRATES, J. C. **Gestão estratégica de instituições sociais: o método marxiano como mediação do projeto político**. 1995. 252 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 1995.

RAICHELIS, R. Desafio da gestão democrática das políticas sociais. **Caderno de capacitação em Serviço Social e política social: o trabalho do Assistente Social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, módulo 3, 2000, p. 57-70.

RECALDE, H. **Cenário de Fronteiras**. Seminário Internacional das Integrações de Saúde nas Fronteiras Físicas do MERCOSUL. Porto Alegre: Coordenação Nacional do SGT N° 11 Saúde/MERCOSUL – BRASIL, 2004.

REIS, G. A. Possibilidades e limites para a implementação do SIS-Mercosul sob três enfoques – uma introdução. IN: GALLO, E.; COSTA, L. (orgs.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p. 63-66.

REIS, M. B. M. **Notas sobre o projeto ético-político do serviço social**. Disponível em <www.cfess.org.br>. Acessado em 21 de novembro de 2004.

SALVADOR, A.G. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica**. Porto Alegre: Sulina, 1986.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. 5 ed. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCALZAVARA, F. AS reformas no Paraguai. IN: SIMIONATO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs.). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas na agenda social**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 112-120.

SEVCENKO, N. **Provocações**. [Atual situação do Brasil no quadro social]. Rio de Janeiro: TV Cultura, 05 de junho de 2005. Programa de TV.

SILVA, M. L. L. Um novo fazer profissional. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, módulo 4, p. 111-124, 2000.

SILVA, M. O. S. A crise dos projetos de transformação social e a prática profissional do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 40, 1992, p. 101-117.

SIMIONATO, I et al. Aspectos legais do direito à saúde. IN: SIMIONATO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs.). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas na agenda social**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p. 81-94.

SIMIONATO, I; NOGUEIRA, V. M. R. O direito à saúde nos textos constitucionais. IN: SIMIONATO, I; NOGUEIRA, V. M. R. (orgs.). **Direito à saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul**. Relatório parcial de pesquisa. Florianópolis: CNPq/FUNCITEC, 2002, p. 76-93.

TEIXEIRA, M. J. O programa de saúde da família, o serviço social e o canto do rouxinol. IN: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 235-254.

TRATADO DE ASSUNÇÃO. Disponível em <<http://www.mercosul.gov.br/textos/default.asp?Key=45>>. Acessado em 08 de dezembro de 2005.

TRINDADE, R. L. P. **O serviço social na contemporaneidade: a questão social e desafios ético-políticos**. Disponível em <www.cfess.org.br>. Acessado em 21 de novembro de 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

URUGUAY. Constitución de la República Oriental del Uruguay. IN: **Constituições dos países do Mercosul: 1996-2000: Textos constitucionais** Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001, p.497-551.

VASCONCELOS, A. M et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. IN: BRAVO, M.I.S et al.(orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 48-76.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, A. L. D. **Modelos de proteção social e regulação dos mercados de saúde**.

Disponível em:

<www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/modeloinstitucional/BB3.pdf>. Acessado em 18 de setembro de 2005.

VIANA, A. L ; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil – Relatório Final – IDRC – BID**. Rio de Janeiro: mimeo, abril, 1998.

VIEIRA, E. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

YAZBEK, M.C. O serviço social como especialização do trabalho coletivo. **Caderno de capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social**. Brasília: UNB, módulo 2, 1999, p. 88-99.

ZUCCO, L. P; CAVALCANTI, L. F. Elementos para a análise da política de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, 2002, p. 282-289.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM ASSISTENTES SOCIAIS

1. Identificação

Nome:

Tempo no Cargo ou Função (de trabalho na região de fronteira):

Instituição de trabalho:

Município:

2. Descrição das funções exercidas.

3. Como se apresenta a população atendida pelo Serviço Social? Quem são os usuários dos serviços de saúde atendidos pelo Serviço Social? Quais as principais demandas dessa população usuária atendida pelo Serviço Social?

4. Em geral, como os usuários advindos do trânsito interfronteira chegam aos serviços de saúde? Esta população chega espontaneamente ou encaminhada?

5. Como é desenvolvido o trabalho do Serviço Social junto à população advinda do trânsito interfronteira que procura o atendimento no SUS? Que tipo de serviços esta população tem acesso?

6. Quais são as ações profissionais do Assistente Social junto a esses usuários?

7. O atendimento a população advinda do trânsito interfronteira exige ações profissionais diferenciadas em relação aos outros usuários que demandam atendimento do Serviço Social no SUS?

8. De que forma o Serviço Social contribui para a efetivação e acesso ao direito à saúde dos usuários advindos do transito interfronteira?

9. Como vê o atendimento da população usuária advinda do trânsito interfronteira por parte do SUS?

10. Como vê o direito à saúde a partir de sua realidade de trabalho na região de fronteira?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)