UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LISLEI TERESINHA PREUSS

O DIREITO À SAÚDE NA FRONTEIRA: DUAS VERSÕES SOBRE O MESMO TEMA

FLORIANÓPOLIS (SC)

Junho de 2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

LISLEI TERESINHA PREUSS

O DIREITO À SAÚDE NA FRONTEIRA: DUAS VERSÕES SOBRE O MESMO TEMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Florianópolis (SC)

Junho de 2007

DEDICATÓRIA

A Deus. A minha família – Maria, Mauro, Ravine, Gustavo e Vitória - que sempre me incentivou a estudar, a qual devo, em grande parte, o que hoje sou. Vocês sempre acreditaram em mim. À Vera Maria Ribeiro Nogueira, pela orientação desta dissertação. A todas as pessoas (sujeitos fronteiriços) que fizeram parte deste estudo e pesquisa, pela viabilidade destes. Enfim, dedico este trabalho a todos que lutam pela efetivação e garantia dos direitos, principalmente o da saúde nas regiões de fronteiras.

AGRADECIMENTOS

Esta é a melhor parte da dissertação: *agradecer*. Sinto-me grata por inúmeras situações e pessoas extraordinárias que contribuíram para atingir o meu objetivo – concluir o mestrado. Na tentativa de nomeá-las, corro o risco de esquecer alguém; se isto acontecer, peço desculpas. Primeiramente, agradeço a Deus pela vida, pela fé, pela força, pela esperança e por tudo. Agradeço a minha família – Ravine, Gustavo e meu pai Mauro, pelo apoio e estímulo; principalmente a minha mãe, Maria, que incansavelmente me aguardava com o chimarrão pronto quando retornava das viagens. Recebia-me com um abraço bem acalentador e palavras animadoras que me incentivavam a seguir em frente. Mãe, eu te amo, sem teu apoio jamais estaria aqui, concretizando mais esta etapa em minha vida. Muito obrigado por tudo e por ter acreditado em mim! Agradeço a minha sobrinha Vitória, que soube compreender os momentos de minha ausência, dizendo “eu sei, dinda, de novo você tem que estudar, né?!”.

Amo-te incondicionalmente! Agradeço à família Spies, pela hospedagem no hotel cinco estrelas e as inúmeras vezes que recorri para a ajuda no inglês. Muito mais que hotel, pois de vocês recebi amor, carinho, atenção, motivação e incentivo para realização do mestrado. Vocês me acompanham desde o início da minha vida profissional, que começou no vestibular, passou pela graduação e agora o mestrado. Espero não parar por aqui!

Agradeço a minha orientadora, Vera Maria Ribeiro Nogueira, que orientou sabiamente meu trabalho e todos os passos para a construção deste. Ultrapassamos os limites e as fronteiras da distância que nos separa, pois foram inúmeras orientações, e-mails enviados e respondidos. Foste muito mais que orientadora, aprendi muito contigo! Admiro-te profissional e pessoalmente. Agradeço pela atenção e interesse de sua parte, para que eu conseguisse concluir esta dissertação. O *Muito Obrigado* sei que é pouco por tudo que fizeste. Agradeço à banca de qualificação, importante instância para encaminhamento da dissertação – professoras Catarina Maria Schmickler e Ivete Simionatto, pelas contribuições e pelos pareceres emitidos. Agradeço à banca de defesa pelo aceite na participação desta, professores Ivete Simionatto, Catarina Maria Schmickler e Edemar Rotta.

Agradeço à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, pela bolsa de mestrado a mim proporcionada e aos colegas do Departamento de Ciências Sociais, principalmente na figura do professor doutor Edemar Rotta, que representa a instituição na banca e deslocou-se para participar desta. Ao curso de graduação em Serviço

Social e seus alunos, por compreenderem a minha ausência. À Stefani, pela correção e dicas ortográficas e pelas inúmeras vezes que ouviu minhas queixas; é meu braço direito no departamento. À Tanísia, pela tabulação dos dados e construção dos gráficos. Às amigas Taísa e Priscila, pelo apoio e estímulo nesta caminhada. A todos os gestores da área da saúde dos municípios que compuseram a amostra, que me receberam de braços abertos e disponibilizaram profissionais de suas equipes para acompanharem-me na realização da coleta dos dados. E aqui agradeço de maneira muito especial aos enfermeiros(as) e agentes comunitários de saúde que dedicaram seus preciosos tempos em indicar alguns usuários e acompanhar-me durante as visitas realizadas.

RESUMO

Este estudo tem como tema o princípio da universalização do acesso à saúde, na região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS). O objetivo é identificar as concepções dos brasileiros e dos estrangeiros quanto ao direito à inserção no sistema de atenção à saúde no Brasil. A partir das propostas de rearticulação mundial do capital e da lógica da formação dos blocos regionais, neste caso específico o MERCOSUL, esta pesquisa discute a interferência das mesmas sobre a cidadania e os direitos sociais em um mundo sem fronteiras, a partir de categorias centrais como: direitos, cidadania e nacionalidade. Resgata e descreve as políticas de proteção social do Brasil e da Argentina e, a partir desta construção, estabelece uma análise comparativa entre o direito à saúde nesses dois países. Aborda as categorias de acessibilidade e determinantes em saúde como fatores condicionantes na procura dos estrangeiros argentinos pelos serviços de saúde no Brasil. Contextualiza o espaço onde é realizado o estudo e apresenta os dados e a análise dos resultados da pesquisa de campo realizada, abordando a situação do direito à saúde na região. O estudo utiliza como marco de referência a saúde como um direito universal, o que implica ultrapassar os usuais limites territoriais de cada uma das nações. Sua abordagem é dialético-crítica e oferece contribuições para o conhecimento dessa realidade no âmbito profissional em si e subsídios aos gestores para os processos decisórios em relação às políticas de saúde para a área fronteiriça. As descobertas da pesquisa apontam para uma significativa movimentação de usuários argentinos nos serviços de saúde brasileiros e distinções entre os sistemas de saúde do Brasil e da Argentina, assentadas no acesso, na qualidade, na atenção integral e gratuidade dos serviços e ações oferecidas à população. O princípio da universalização do acesso à saúde ainda não foi concretizado nesta região, pois o atendimento aos estrangeiros acontece somente em casos de urgência e emergência. A percepção dos usuários brasileiros sobre a inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde (SUS) não é unívoca, porém perpassa a lógica de que devem ser atendidos sempre que se fizer necessário; barreiras e restrições ao acesso deste direito foram identificadas. Os usuários brasileiros relacionam o direito à condição de nacionalidade, atrelam a cidadania ao espaço, ao território. Os estrangeiros não percebem sua inserção no SUS como um direito universal, mas seu ingresso está relacionado a fatores como facilidade no acesso devido à proximidade e localização geográfica e à não existência do serviço de saúde equivalente no país e/ou região de origem.

PALAVRAS-CHAVE*:* Política Social de Saúde, Sistema Único de Saúde, Fronteiras.

ABSTRACT

The central theme of this study is the principle of universalisation of the access to health in the Northwest frontier region of the State of Rio Grande do Sul (RS) with the objective of identifying the concepts and views of Brazilians and foreigners about their insertion in the Brazilian health system. Considering the global articulations of capital and formation of regional trade blocks, in this particular case the MERCOSUL, the study discusses the impacts of these arrangements on full citizenship and social rights in a borderless world, from the perspective of central categories such as: rights, citizenship and nationality. The study also revisits and describes the social protection policies in Brazil and in Argentina, and, from this construction, establishes a comparative analysis of rights to access to health services in these two countries. The study approaches determining categories of accessibility and key factors determining the search for health services by Argentineans in Brazil. Its boarding is dialectic-critical. The context of the study area is presented, as well as, the data and results of a field survey about the situation of the health services in the region. As a reference point, the study uses health as a universal right, which implies in going beyond the territorial limits of each nation. It provides contributions to knowledge of these issues to health professionals themselves, as well as, subsidies to managers and decision makers in relation to health policies in the international boundary region. The results of the research show a significant movement of Argentine users for Brazilian health services, some distinctions between the health services in Brazil and Argentina, based on access, quality, integral attention and free of charge supply of the services offered to the population. The principle of universalization of access to health services is not yet fully achieved in the region, because foreigners only are serviced in urgent and emergency cases. The perception of Brazilian health services users about the insertion of foreigners in the Single Health System (SUS) is not univocal, however it transposes the logic that they have to be serviced whenever this is needed; barriers and restrictions to access to these rights were also identified. The Brazilian users relate the rights to nationality, and attach the citizenship rights to the territory. Foreigners still do not perceive their inclusion in the SUS scheme as a universal right, but their inclusion is related to factors such as easiness to access due to proximity and geographical location, and to lack of availability of similar health services in their country or region of origin.

KEYWORDS: Social health policies, Single Health System, International Frontiers.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 11

1 A REARTICULAÇÃO MUNDIAL DO CAPITAL E OS DIREITOS NACIONAIS..... 19
1.1 A mundialização do capital - a Era da Globalização..... 19
1.2 O MERCOSUL: uma alternativa para a integração regional na América Latina..... 24
1.3 Territórios e Fronteiras..... 34

2 CIDADANIA, DIREITOS E PROTEÇÃO SOCIAL..... 45
2.1 A cidadania e os direitos sociais em um mundo sem fronteiras..... 45
2.2 Políticas de proteção social brasileira e argentina..... 53
2.3 O direito à saúde no Brasil e na Argentina – uma revisão comparativa..... 64

3 O DIREITO A SAÚDE NA FRONTEIRA NOROESTE DO ESTADO DO RS: VERSÕES SOBRE UM MESMO TEMA..... 81
3.1 O caminho metodológico percorrido..... 82
3.2 Acessibilidade em saúde..... 92
3.3 Determinantes do acesso aos serviços de saúde..... 109
3.4 A contextualização do espaço fronteiriço brasileiro e argentino..... 112
3.5 Os usuários do SUS – demandas e concepções..... 126

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 149

REFERÊNCIAS..... 156

ANEXOS..... 165

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Formação..... 85

Gráfico 02: Tempo que freqüenta a Unidade de Saúde – Brasileiros..... 86

Gráfico 03: Tempo que freqüenta a Unidade de Saúde – Argentinos..... 86

Gráfico 04: Brasil, regulada a entrada de pessoas estrangeiras..... 117

Gráfico 05: Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Alecrim)..... 117

Gráfico 06: Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Doutor Maurício Cardoso)..... 118

Gráfico 07: Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Novo Machado) 119

Gráfico 08: Brasil, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Lucena)..... 120

Gráfico 09: Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Lucena).... 120

Gráfico 10: Brasil e Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Mauá)..... 121

Gráfico 11: Brasil e Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Vera Cruz)..... 122

Gráfico 12: Brasil, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Santa Rosa)..... 123

Gráfico 13: Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Santa Rosa)..... 123

Gráfico 14: Os serviços de saúde mais utilizados, classificados em escala de freqüência – Brasileiros..... 127

Gráfico 15: Os serviços de saúde mais utilizados, classificados em escala de freqüência – Argentinos..... 128

Gráfico 16: Como a população chega ao Sistema de Saúde – Brasileiros..... 128

Gráfico 17: Como a população chega ao Sistema de Saúde – Argentinos..... 129

Gráfico 18: Você conhece ou sabe que existem pessoas que moram em outras regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil? – Brasileiros..... 130

Gráfico 19: Em relação à Freqüência – Brasileiros..... 130

Gráfico 20: Você conhece ou sabe que existem pessoas que moram em outras regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil? – Argentinos..... 131

Gráfico 21: Em relação à Freqüência – Argentinos..... 132

Gráfico 22: As 5 razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países – Brasileiros..... 133

Gráfico 23: As 5 razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países – Argentinos..... 133

Gráfico 24: Serviços que mais atraem usuários não residentes para os serviços de saúde brasileiros – Brasileiros..... 136

Gráfico 25: Serviços que mais atraem usuários não residentes para os serviços de saúde brasileiros – Argentinos..... 136

Gráfico 26: Aspectos culturais que interferem na relação dos usuários não residentes com o serviço de saúde no Brasil – Brasileiros..... 137

Gráfico 27: Aspectos culturais que interferem na relação dos usuários não residentes com o serviço de saúde no Brasil – Argentinos..... 138

LISTA DE SIGLAS

APLs: Arranjos Produtivos Locais.

CAPS: Centros de Atención Primaria de Salud.

CCFD: Comitê Católico Contra a Fome e a favor do Desenvolvimento.

CEPAL: Comissão Econômica para a América Latina e Caribe.

CNDSS: Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde.

COREDE: Conselho Regional de Desenvolvimento.

DSS: Determinantes Sociais da Saúde.

INSSyJ: Instituto Nacional de Seguridad Social y Jubilaviones Y Pensiones.

MERCOSUL: Mercado Comum do Sul

MI: Ministério da Integração Nacional.

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde.

NOB: Norma Operativa Básica.

OMC: Organização Mundial do Comércio.

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde.

PACS: Programa Agente Comunitário de Saúde.

PAMI: Programa de Assistência Médico Integral.

PDFF: Programa Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios.

POLIS: Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais

PSF: Programa Saúde da Família.

SGT: Subgrupos de Trabalho.

SUS: Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

"São muitas as motivações de um pesquisador.
Mas o fundamental é ter confiança na
própria imaginação e saber usá-la [...].
O Valor do trabalho do pesquisador
traduz a combinação de dois ingredientes:
imaginação e coragem para arriscar na busca do incerto"
(FURTADO, 1998, p. 10).

O presente estudo discute o princípio da universalização do acesso à saúde na região Fronteira Noroeste[1] do Estado do Rio Grande do Sul (RS), objetivando identificar a representação dos brasileiros em relação à inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde (SUS) e a representação dos estrangeiros que buscam o atendimento neste sistema.

A pesquisa integra o Projeto *Fronteira Mercosul: Um Estudo Sobre o Direito Á Saúde*, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas, financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisas Tecnológicas - CNPQq, sob a coordenação da professora Vera Maria Ribeiro Nogueira, da Universidade Federal de Santa Catarina/Centro Sócio-Econômico/Departamento de Serviço Social.

Nas últimas décadas, intensificaram-se os debates sobre a faixa de fronteira, tendo em vista os processos de regionalização em curso. Os extensos limites internacionais do Brasil com os demais países da América Latina, e especialmente os integrantes do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), vêm sendo objeto de preocupações, visto que tais processos afetam sobremaneira as regiões fronteiriças. Com a constituição do MERCOSUL, essa preocupação assumiu características mais específicas, tanto no plano econômico quanto no

[1] Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi.

social. Os fenômenos de intensificação do livre comércio apresentam reflexos sobre o setor social, além da persistência de antigas questões relacionadas à faixa de fronteira, tal como a discrepância na proteção social entre os países, que se aguça nestes espaços. No que se refere à saúde, o país busca garantir o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, os gestores municipais de saúde defrontam-se com realidades distintas do outro lado da fronteira.

Os processos de integração regional entre países são motivados por questões econômicas e geopolíticas e se realizam em ritmo mais rápido nestas áreas em relação à harmonização da proteção social. Acordos comerciais preferenciais estão muito difundidos entre países e, devido ao caráter econômico, são regulados, no âmbito mundial, pela Organização Mundial do Comércio (OMC).

Guimarães e Giovanella (2006), estudando a experiência européia, ressaltam os procedimentos de convergências dos processos de integração. Estes envolvem aproximações e harmonizações de políticas e de regulamentações, resultando, muitas vezes, em abolição de barreiras tarifárias legais e institucionais ou facilitação do acesso às instituições comuns e regulação do consumo de serviços sociais em outros países. Na esfera social, direitos e garantias de cidadania ultrapassam os limites geográficos e legais das instituições e práticas de cada país, passando a ser compartilhados em todo o bloco, ainda que sob estrita regulação. Assim, a integração é compreendida não como um fim em si mesma; é, antes, um processo em diversos domínios, com diferentes passos, multidimensional e com múltiplos níveis (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

Os objetivos dos acordos multilaterais firmados definem a situação da integração entre os países, apresentando cinco estágios principais. O primeiro denomina-se *área de livre comércio* e caracteriza-se pela eliminação de tarifas alfandegárias e cotas entre os países membros. A *união alfandegária*, por sua vez, significa a adoção de sistema de tarifas e cotas comuns para relações comerciais externas. O *mercado comum* define-se pela eliminação de restrições de circulação de mercadorias, pessoas e capitais. A *união monetária* decorre da harmonização e unificação de políticas e instituições econômicas. A *confederação* ou união política formaliza o mais profundo estágio de integração (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

> O MERCOSUL se caracteriza como união aduaneira – sistema de tarifas e cotas comuns nas relações comerciais externas –, sendo que os *Estados-membros*

> procuram constituir e efetivar um mercado único, integrando economias, permitindo a livre circulação de pessoas, de produtos, de serviços e de capital comum. Com o propósito de liberação de comércio de bens e serviços e livre circulação de pessoas e capitais, o MERCOSUL foi criado em 1991, a partir da assinatura do Tratado de Assunção. Faziam parte, até 04 de julho de 2006, os seguintes países como Estados-parte: Brasil (1991), Argentina (1991), Paraguai (1991) e Uruguai (1991). A partir desta data, 04 de julho de 2006, a República Bolivariana da Venezuela passa a integrar o bloco na qualidade de Estado-Parte. Permanecem como Estados associados Bolívia (1996), Chile (1996), Peru (2003), Equador (2004) e Colômbia (2004) (MERCOSUR[2]).

Nos últimos três anos, intensifica-se a preocupação com os aspectos sociais da integração regional do MERCOSUL, considerada um dos pontos estratégicos pelos presidentes da Argentina e do Brasil. Conforme Nogueira, os discursos presidenciais afirmam que:

> a integração deve ser feita em benefício de suas populações, apoiando a construção de um modelo de desenvolvimento sustentável voltado para o crescimento, à justiça social e à dignidade da pessoa humana, e fundada nos princípios de participação e transparência e na ética (2003, p. 04).

Consta, ainda, nos discursos presidenciais, a inclusão social como um objetivo central de seus Governos, identificando a relevância da cooperação em políticas públicas na área social e a promoção de parcerias nas áreas educacional, cultural, científica e tecnológica como instrumento para alcançar aquele objetivo, como resgata Llenderrozas (2006, p. 207-8):

> La acelerada interdependencia económica desarrollada durante el primer lustro del MERCOSUR alimentó la expectativa de una integración regional más profunda, aún en dimensiones como la de la defensa y la seguridad, y luego, la declaración de una alianza estratégica entre los socios mayores del bloque parecía crear el basamento sobre el cual se desplegarían una mayor coordinación política y cooperación en seguridad.

A área da saúde tem despertado interesse em relação aos serviços e ações desenvolvidos nos municípios fronteiriços do MERCOSUL, pois, além do aspecto

---

[2] Disponível em: em: <www.mercosur.int/msweb/principal> Acesso em: 15 de janeiro de 2007. Mais informações sobre o Tratado de Assunção. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/textos/> Acesso em: 12 de novembro de 2006 e <www.camara.gov.br/mercosul>, <www.misiones.gov> e <www.wikipedia.org> Acesso em: 11 de março de 2007.

econômico, há um significativo número de pessoas estrangeiras que procuram pelos serviços e ações de saúde no Brasil, conforme foi revelado no estudo de Nogueira (2005). Essas pessoas não possuem titularidade formal de cidadania e os gestores dos sistemas locais de saúde sentem-se pressionados a atender a população fronteiriça, não possuindo, muitas vezes, condições técnicas e recursos financeiros para tanto. Diante disso, instala-se a dificuldade em prover o acesso à saúde de maneira universal e integral, preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Giovanella e Guimarães, em entrevista concedida ao Boletim SOMOS MERCOSUR, afirmam que:

> En el MERCOSUR el proceso de integración em salud se encuentra aún débil y sujeto a condicionantes externas, como el contexto político, la situación demográfica, la condición socioeconômica y la estructura de los sistemas de salud de los cinco Estados miembros [...] La ausencia de un modelo objetivo de integración a diferencia del área econômica y laboral, donde los avances son más importantes (2007).

As autoras ainda apontam para a distinção que se dá em nível de atenção em saúde entre “los nacionels y los extranjeros”, afirmando que não há um sistema integrado de saúde com políticas específicas para cada fronteira. Ressaltam a importância de igual nível de atenção e prestação de serviços, pois as doenças não reconhecem fronteiras. Afirmam que ainda há uma grande assimetria nos diferentes países do MERCOSUL. Essa realidade é extremamente complexa, pois são sistemas nacionais de saúde distintos e divergentes em termos de universalismo, eqüidade, cobertura, modelos de atenção à saúde, modalidades de oferta e de financiamento. Da mesma maneira, há também profundas diferenças em relação à concepção do direito à saúde no discurso e na prática. Nessa conjuntura regional, “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*” (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 2005). Essas e muitas outras distinções e determinações podem expressar-se de forma contundente na região de fronteira e acabam sendo barreiras ao exercício do direito universal à saúde.

Os estudos de Nogueira (2003), Gallo e Costa (2003), Guimarães e Giovanella (2006) destacam a articulação de esforços entre os governos na busca de um desenvolvimento comum e na integração dos serviços de saúde dos países do MERCOSUL. Apesar de os municípios não registrarem a demanda e o atendimento da população estrangeira

(NOGUEIRA, 2005), os gestores municipais assinalam a existência de um volume significativo de demanda por parte da população dos municípios de outros países que integram o MERCOSUL.

De acordo com Gallo e Costa (2003), os municípios fronteiriços brasileiros têm enfrentado dificuldades em prover aos seus munícipes a atenção integral à saúde, pois faltam recursos humanos especializados, equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade, há distância entre os municípios e os centros de referência, entre outros.

Atualmente, existem algumas iniciativas no campo de saúde no MERCOSUL estabelecendo várias ações conjuntas e programas, principalmente no que se refere às doenças infecto-contagiosas e de vigilância sanitária. No que se refere à prestação de serviços em saúde, observa-se que as tratativas realizadas entre os países caminham para que o estrangeiro tenha acesso ao atendimento público em qualquer dos países integrantes do bloco MERCOSUL.

São inúmeros os fatores que podem influenciar na procura pelos serviços de saúde. O propósito não é esgotar um tema tão complexo. Por ser a experiência brasileira exemplar e também pela facilidade no acesso, os segmentos populacionais vulneráveis estrangeiros, dada a situação de pobreza em que vivem e onde vivem, buscam atendimento no Brasil através do SUS.

Acredita-se que tal fato – a movimentação de usuários estrangeiros (argentinos) nos serviços de saúde da região Fronteira Noroeste do Estado do RS – repercute diretamente na organização do sistema de saúde dos municípios fronteiriços e, conseqüentemente, na vida de sua população. Há uma sobrecarga nas redes de atendimento (postos de saúde, hospitais, etc.), dificultando o acesso, a prestação e a qualidade do atendimento solicitado. A política de saúde é pensada e planejada para uma população residente, não incluindo no planejamento a população de referência, no caso, os não nacionais.

Por outro lado, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, preconiza que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Deve ser garantida 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.

A oferta de bens e serviços de saúde no Brasil é uma tarefa complexa e árdua. São diversos fatores e limitações que sobre ela incidem, principalmente no que se refere à capacidade de produzir tais bens e serviços e atender a demanda. Um dos fatores importantes

na limitação do acesso aos serviços de saúde, cuja discussão vem tomando reconhecimento, refere-se às regiões de fronteira. Sabe-se que a localização geográfica e a dimensão dos serviços de saúde são fatores que interferem em sua acessibilidade. Este é um pré-requisito fundamental para se garantir o acesso da população à saúde.

O fato de trabalhar durante cinco anos como Assistente Social na Prefeitura Municipal de Novo Machado, no Estado do RS, município fronteiriço, foi uma das razões da escolha do tema "direito à saúde na região" como tema de estudo. Em meio a essa atuação, surgiram inúmeros questionamentos e inquietações frente ao aparecimento de casos de estrangeiros que buscavam atendimento nas Unidades Básicas de Atendimento (SUS) do município e na região de referência – Região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Essas inquietações decorreram da observação de depoimentos de usuários brasileiros que questionavam os atendimentos prestados aos estrangeiros pelo Sistema de Saúde brasileiro. Também se observou a existência de uma rede de solidariedade efetiva por parte das classes sociais menos favorecidas, assumindo o estrangeiro como sendo membro da sua família.

Dadas as particularidades acima sumariadas, considera-se relevante ampliar o conhecimento sobre o tema, resgatando a concepção de direito dos usuários fronteiriços em relação à inserção dos estrangeiros no sistema de saúde brasileiro, bem como a concepção de direito dos estrangeiros que buscam atendimento na região delimitada, considerando um dos princípios básicos da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde: a universalidade de acesso às ações e serviços de saúde. Neste sentido, a representação social é uma abordagem importante, enquanto fonte de coleta de dados, para a identificação do discurso que usuários brasileiros e argentinos têm sobre o direito à saúde.

Definiu-se como objetivo central de pesquisa identificar as concepções dos brasileiros e dos estrangeiros quanto ao direito à inserção no sistema brasileiro de atenção à saúde. As questões norteadoras que permitiram atingir o objetivo previsto foram as seguintes:

- Quais os serviços e ações de saúde prestados aos não nacionais?
- Existem critérios para inclusão nos sistemas municipais de saúde?
- Qual a percepção dos usuários brasileiros sobre a inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde?
- Qual a percepção dos estrangeiros sobre sua inserção no Sistema Único de Saúde?

- Por que os estrangeiros buscam atendimento no Sistema Único de Saúde na Região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul?

- Quais as repercussões do atendimento/inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde, na concepção dos brasileiros?

As respostas às questões acima permitiram inferir as perspectivas de consolidação do direito à saúde nesses municípios fronteiriços, tanto para a população brasileira como para a argentina.

Esse é o quadro central que delineou o desenho da pesquisa, porém sem a pretensão de esgotar o tema, que se revela complexo e fruto de uma síntese de múltiplas determinações. Trata-se de contribuir, através de uma reflexão teórico-crítica, para manter o debate e a preocupação acerca da temática "saúde na região das fronteiras".

Definiram-se como objetivos específicos:

- Identificar os limites e critérios de acesso aos estrangeiros nos sistemas municipais de saúde;

- Identificar a concepção de direito à saúde entre os usuários brasileiros e estrangeiros no SUS, na região delimitada, sob a ótica do direito de universalização do acesso à saúde;

- Evidenciar as repercussões do atendimento aos estrangeiros na vida dos brasileiros que residem na Região Fronteira Noroeste do RS;

- Conhecer sob quais perspectivas o direito à saúde vem se consolidando entre a população dos municípios fronteiriços desta região.

Diante disso, cabe reafirmar a importância deste estudo, no sentido de contribuir para a concretização do princípio da universalização do acesso à saúde nas regiões de fronteiras. Por serem espaços geográficos que apresentam especificidades e características próprias, é importante lembrar, segundo Boaventura de Sousa Santos, que "temos direito de ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza" (apud COHN, 1997, p. 92).

O material produzido, para efeito de apresentação, foi estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a discussão sobre globalização e, neste cenário, a rearticulação mundial do capital e a lógica da formação dos blocos regionais, neste caso específico o MERCOSUL. No segundo capítulo realiza-se uma reflexão sobre os direitos frente às

transformações que vêm ocorrendo nos dias atuais na sociedade, os direitos e a cidadania num mundo sem fronteiras. Discute-se o direito à saúde no Brasil e na Argentina, através de um estudo comparativo entre os sistemas de saúde desses países, e contextualiza-se o cenário onde é realizada e desenvolvida esta pesquisa. A definição desse quadro teórico ancora-se nas observações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2006) quanto à crescente convergência entre a pobreza e condições de saúde, incluindo, aqui, o acesso e atenção sócio-assistencial. O objetivo foi evidenciar um quadro de referência analítica que possibilitasse o entendimento das situações ao longo da linha de fronteira.

No terceiro capítulo são abordadas as categorias de acessibilidade e determinantes em saúde, resgatando-as enquanto condicionantes da procura dos estrangeiros argentinos pelos serviços de saúde no Brasil. Apresentam-se os procedimentos metodológicos, a sistematização, a análise e interpretação dos dados pesquisados, elucidando as representações sociais sobre o acesso à saúde de usuários brasileiros e argentinos, objeto desta pesquisa.

Este estudo pretende evidenciar duas versões sobre o mesmo tema – o direito à saúde na fronteira do estado do RS, através da concepção de usuários brasileiros e estrangeiros – tendo clareza de que não se esgotou o assunto, que se revela complexo, devendo, neste sentido, ser mais explorado e aprofundado. Trata-se, na verdade, de acrescentar ao debate já existente mais uma contribuição, “uma pitada” de reflexão e construção sobre o tema saúde na fronteira.

1 A REARTICULAÇÃO MUNDIAL DO CAPITAL E OS DIREITOS NACIONAIS

"Alguma coisa está fora da ordem.
Da nova ordem mundial" (Caetano Veloso).

Este capítulo é dedicado à reflexão sobre a rearticulação mundial do capital e a lógica da formação dos blocos regionais, neste caso específico o MERCOSUL, dentro do contexto de diferenciação e das mudanças provocadas pela globalização, que ocasionam alterações significativas nos espaços fronteiriços. Tais alterações igualmente interferem na questão da cidadania e nos direitos econômicos e sociais.

A globalização é entendida como a intensificação radical da abertura social, política e econômica dos países ao mercado mundial. Também pode ser vista como iniciativa do capital para ampliar seus lucros.

1.1 A mundialização do capital – a Era da Globalização.

O contexto mundial, hoje, caracteriza-se por uma série de profundas mudanças nos campos científicos e tecnológicos. O resultado desta mudança causa transformações não só nas relações produtivas, mas também nas relações econômicas, sociais e políticas entre os países. Vive-se a era da globalização, o período em que o capitalismo se expande com grande intensidade entre os países. Os países centrais são os palcos de um acelerado processo de inovação no campo do conhecimento e de novos padrões de produção e comercialização – reestruturação produtiva, criando macro mercados cujas projeções ultrapassam as fronteiras nacionais.

Chegou-se ao final do século XX com uma nova etapa de acumulação do capital, ou seja, uma nova ordem mundial, concentrada no livre mercado, na qual países procuram integrar-se formando blocos econômicos regionais, objetivando a busca de novos mercados e maior competitividade. Para Brum (2001), a constituição e consolidação dos blocos econômicos como um passo intermediário no processo de abertura comercial é uma realidade. Hoje a globalização da economia é um fato concreto, convive-se com um mundo globalizado, que se propõe a internacionalizar a vida econômica, social, cultural e política. Neste sentido,

não se trata unicamente de uma globalização dos mercados, mas também de uma globalização da produção, da cultura, da política, do conhecimento.

Segundo Sposati (1997), o processo de globalização não é uniforme, não atinge todos os países da mesma maneira e não atinge a todos os que vivem no mesmo país do mesmo modo. Este processo também não se dá apenas na esfera da economia, ainda que esta seja determinante.

As novas realidades, relações, instituições e estruturas, não só econômicas, mas também sociais, políticas, culturais, religiosas, lingüísticas, demográficas, geográficas e outras, estabelecem condições e possibilidades de novos intercâmbios, ordenamentos, estatutos. Juntamente com a mundialização da economia, política e cultura, emergem desafios relativos aos mais diversos aspectos da sociedade propriamente global (IANNI, 1996).

Na concepção de Ianni (1996), a globalização é uma configuração histórico-social abrangente, coexistindo com as diversas formas sociais de vida e trabalho, assinalando condições e possibilidades, impasses e perspectivas, dilemas e horizontes. Uma totalidade complexa, contraditória, simultaneamente integrada e fragmentária, expressando um novo ciclo de expansão do capitalismo, como um modo de produção e processo civilizatório de alcance mundial. É um processo hegemônico sob múltiplos aspectos, neste sentido, produto de processos sociais, econômicos, políticos, culturais.

> A própria cultura encontra outros horizontes de universalização, ao mesmo tempo que se recria em suas singularidades. O que era local e nacional pode tornar-se novo, renovado, moderno, contemporâneo. Formas de vida e trabalho, imaginários e visões de mundo diferentes, às vezes radicalmente diversos, encontram-se, tensionam-se, subordinam-se, recriam-se (IANNI, 1996, p. 29).

O processo de globalização é conseqüência do aprofundamento da internacionalização do capital e do enfraquecimento dos Estados Nacionais. Estes tornam-se cada vez menos nacionais e mais enxutos, pois a globalização restringe enormemente a ação econômica do Estado. Ianni (1996) afirma que, no âmbito da sociedade global, o Estado-nação perde parte do seu significado tradicional. O Estado é obrigado a rearticular-se, a reorganizar-se internamente.

O que ocorre é uma crise do capital cuja principal determinação é econômica, a qual atinge os países hegemônicos e periféricos de formas diferenciadas. A baixa das taxas de lucros, a recessão e queda dos investimentos produtivos, que geraram a crise econômica nos

anos 80, requereram medidas de ajustes, sendo uma delas o abandono, por parte do Estado, das políticas de base Keynesiana.

O processo de globalização na sociedade capitalista não é novo. O capitalismo, desde suas origens, foi mundial e buscou globalizar-se. Emerge no final do século XX, a partir do aniquilamento do mundo bi-polarizado em capitalismo e comunismo, atuando em diferentes níveis da realidade, em âmbito local, nacional, regional e mundial.

À medida que se globaliza, o capitalismo abre e recria novas fronteiras de expansão. Modifica as condições e as possibilidades de espaço e tempo, transforma o mapa do mundo, no real e no imaginário. Da mesma maneira que as coisas e as mercadorias, bem como as idéias e as fantasias, também os indivíduos se tornam cada vez mais cidadãos do mundo.

É no contexto do globalismo que o liberalismo se transfigura em neoliberalismo. A globalização do capitalismo institui e expande as bases sociais e as polarizações de interesses que se expressam no neoliberalismo.

Para Brum (2001, p. 209),

> A globalização caminha junto com a modificação do papel do Estado como ator dominante do sistema internacional, pois ele é confrontado com a emergência de autoridades concorrentes e noções múltiplas de lealdade e de identidade. Na ausência de estruturas mundiais supranacionais satisfatórias, o desenvolvimento de estruturas regionais adquire importância e essa tem sido a reação dos estados aos novos tempos.

Uma das características deste mundo globalizado refere-se ao livre comércio como a mola propulsora do processo de crescimento econômico. A abertura comercial é o elemento incentivador da economia mundial, permitindo globalizar o mundo, principalmente em suas relações comerciais.

Conforme mencionado anteriormente, a globalização da economia tem como manifestação a formação de blocos econômicos regionais. Observa-se uma clara tendência à regionalização, tendo como pólos os países mais dinâmicos da economia mundial, com crescente concentração de capitais, fluxos de comércio, tecnologia e estrutura produtiva (ALMEIDA, 1997).

Compreende-se que a formação dos blocos econômicos é um passo na construção de um mundo econômico mais aberto e menos protecionista. A lógica da globalização é abranger

e integrar todos os que estão fora deste processo. Porém, sabe-se do grande risco de as nações isoladas tornarem-se marginais e excluídas nesse contexto.

O mesmo processo que expressa a globalização do capitalismo expressa, inclusive, a globalização da questão social. Os problemas sociais, além de se manifestarem em nível local, regional e nacional, já se manifestam em escala mundial. Uma das preocupações, no que se refere ao processo de globalização, centra-se na discussão de como evitar que este agrave ainda mais a questão social. A concentração excessiva da riqueza cria problemas sociais, pois uma minoria passa a controlar os recursos e as rendas disponíveis, ao passo que a maioria da população passa a viver em níveis de extrema pobreza. Não se pode esquecer de que o encontro entre mundos diferentes e suas características é também a institucionalização da desigualdade cultural, social, política e econômica.

> Globalização rima com integração e homogeneização, da mesma forma que com diferenciação e fragmentação. A sociedade global está sendo tecida por relações, processos e estruturas de dominação e apropriação, integração e antagonismo, soberania e hegemonia. Trata-se de uma nova configuração histórica problemática, atravessada pelo desenvolvimento desigual, combinado e contraditório. As mesmas relações e forças que promovem a integração suscitam o antagonismo, já que elas sempre deparam diversidades, alteridades, desigualdades, tensões, contradições. Desde o princípio, pois, a sociedade global traz no seu bojo as bases do seu movimento. Ela é necessariamente plural, múltipla, caleidoscópica. A mesma globalização alimenta a diversidade de perspectivas, a multiplicidade dos modos de ser; a convergência e a divergência, a integração e a diferenciação; com ressalva fundamental de que todas as peculiaridades são levadas a recriar-se no espelho desse novo horizonte, no contraponto das relações, processos e estruturas que configuram a globalização (IANNI, 1996, p. 37).

A globalização, com a formação do mercado mundial, reduziu as barreiras espaciais, facilitou o acesso aos mais variados produtos oriundos de diferentes regiões e aumentou o contato direto entre os povos. A lógica do livre mercado, porém, acentuou os espaços de desigualdade e exclusão.

Na América Latina, conforme a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) (2006, p. 21), “persisten factores estructurales de exclusión, como la segmentación en función de la inserción productiva o factores adscriptivos y territoriales, y una acentuada inequidad en términos de acceso a activos y patrimonios”.

Segundo a CEPAL (2006, p. 23),

> actualmente un 40,6% de los hogares de América Latina se encuentran bajo la línea de pobreza y sin protección social básica, lo que afecta a 213 millones de personas, 88 millones de los cuales viven en condiciones de extrema pobreza. [...] Por tratarse de sociedades muy poco eqüitativas, aun cuando los indicadores de ingreso per cápita sugieran niveles medios de desarrollo, la incidencia de la pobreza sigue siendo muy alta.

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004) também reiteram a estatística quando informam que 230 milhões de habitantes da América Latina e do Caribe (46%) não contam com seguro-saúde e 125 milhões (27%) carecem de acesso permanente aos serviços de saúde. Estes dados ressaltam que a globalização, enquanto uma tendência atual, afeta também a condição de saúde da população, influenciando o surgimento de problemas novos e a permanência de velhos.

Vale salientar que existem diferenciados interesses dos vários grupos sociais integrantes dos blocos regionais, que trazem no seu bojo modelos distintos do processo de desenvolvimento social, político e econômico e de inserção internacional das suas economias, através da integração. Ou seja, o processo de integração entre diferentes países exige certa cautela e habilidade nas negociações, pois cada país tem suas peculiaridades e se desenvolve em diferentes velocidades.

> A integração regional, à medida que se abrem as fronteiras locais, acaba sendo uma etapa de um processo mais amplo que deverá culminar com a integração entre os blocos [...]. Os blocos econômicos regionais são uma etapa intermediária na construção de uma economia mundial integrada (BRUM, 2001, p. 88).

A emergência das cidades globais é um produto e uma condição do modo pelo qual se dá a dispersão das atividades econômicas pelo mundo. Na região em estudo, o impacto do novo cenário nacional e internacional – a reestruturação do capitalismo – foi mais ou menos intenso conforme a articulação dos interesses e das forças sociais locais. No Brasil, por exemplo, em alguns municípios as pressões dos movimentos sociais garantiram Leis Orgânicas e governos municipais que efetivaram propostas de desenvolvimento e de políticas sociais de cunho mais universalizante e inclusivo. Em outros países, as políticas de recorte neoliberal tiveram reflexos imediatos na implementação de propostas de desenvolvimento e de políticas sociais, inclusive com alterações constitucionais favorecendo a implantação do novo paradigma.

A expansão dos estudos regionais e a relevância do espaço local-regional demonstram o reconhecimento de que o território não é mero objeto de suporte, mas espaço vivido de confluência e síntese dos processos sociais, sendo em nível local que o desenvolvimento realmente ocorre. O processo de globalização em curso, no cenário atual, não retira a pertinência da reflexão sobre o local-regional, bem pelo contrário, o afirma e reforça (LOPES, 2001). Vale lembrar que as tendências de globalização e regionalização não são contraditórias, mas complementam-se para dar respostas às mudanças estruturais que estão transformando o cenário mundial; coincidem na busca de uma inserção em um contexto mais amplo, tanto mundial quanto regional.

1.2 O MERCOSUL: uma alternativa para a integração regional na América Latina.

O processo de construção do MERCOSUL iniciou após o término das ditaduras militares na Argentina e no Brasil, em 1983 e 1985. A Declaração de Iguaçu, de 1986, pode ser considerada como o ponto de partida do processo atual de integração regional firmada entre a Argentina e o Brasil. Nessa Declaração, sublinhava-se a necessidade de aumentar o poder de negociação diante do resto do mundo e mencionava-se sobre as dificuldades derivadas do endividamento externo, do aumento das políticas protecionistas no comércio internacional, da deterioração dos termos de intercâmbio e da fuga de divisas.

> En el último punto de la declaración, los presidentes “reafirman con énfasis que el proceso de democratización que vive el continente deberá conducir a un mayor acercamiento y a una integración entre los pueblos de la región”. Se puede observar que la integración debe acelerar el desarrollo que, a su vez, debe facilitar la integración que debe acelerar el crecimiento económico (DABÈNE, 2000, p. 153).

Em 1988, esses mesmos países assinaram o Tratado de Integração e Cooperação Econômica, que estabelecia a criação de um mercado comum num prazo de dez anos, mediante a eliminação de barreiras tarifárias e não tarifárias. O objetivo deste Tratado era incrementar o intercâmbio comercial e encarar projetos comuns de cooperação. Em junho de 1990, a Ata de Buenos Aires, firmada pelas novas administrações que governavam esses países, antecipou para 1995 o prazo de constituição do mercado comum; mediante o Tratado de Assunção, o Paraguai e o Uruguai incorporaram-se ao processo, dando lugar à criação do MERCOSUL (BRUM, 2001).

O MERCOSUL visa “a ampliação das atuais dimensões de seus mercados nacionais, através da integração, procurando acelerar seu processo de desenvolvimento econômico com justiça social”. Segundo consta no Tratado, “esse objetivo deve ser alcançado mediante o aproveitamento mais eficaz dos recursos disponíveis, a preservação do meio ambiente, o melhoramento das interconexões físicas, a coordenação de políticas macroeconômicas e a complementação dos diferentes setores da economia, com base nos princípios da dualidade, flexibilidade e equilíbrio” (MERCOSUR, 2007)[3].

O MERCOSUL, implantado pelo Tratado de Assunção em março de 1991, foi dotado de personalidade jurídica internacional em dezembro de 1994, por meio do Protocolo de Ouro Preto, onde somou aos já existentes órgãos do Conselho de Mercado Comum e Grupo Mercado Comum, a Comissão de Comércio do Mercosul, a Comissão Parlamentar Conjunta, Foro Consultivo Econômico e Social e a Secretaria Administrativa.

De acordo com Dabène (2000, p. 151),

> sin embargo, este proyecto de un mercado común del sur nunca tuvo otro objetivo que el de fijar un horizonte lejano. No se puede considerar que, al principio, la ambición inmediata del Mercosur fue seriamente de abrir un mercado común entre todos los países del sur de América.

Torna-se relevante trazer aqui alguns dados gerais sobre cada país membro do MERCOSUL no que se refere à sua divisão político-administrativa. Tais informações podem ser úteis para desvendar e compreender o objeto estudado.

No Brasil, há vinte e seis estados, constituídos por municípios; sua população total[4] é de 181.586.030 habitantes, representando 79,69% da população total dos países do MERCOSUL e uma área de 8.514.215 km², representando 66,30% da superfície territorial dos países do MERCOSUL. Na Argentina, existem vinte e três províncias, que se dividem em departamentos/municípios; sua população é de 37.869.723 habitantes, 16,61% da população total dos países do MERCOSUL e uma área de 3.745.247 km², 29,16% da superfície territorial destes países. O Paraguai é constituído por dezessete departamentos, que se dividem em distritos, tendo como população 5.163.198 de habitantes, 2,26% da população total dos países do MERCOSUL e uma área de 406.752 km², representando 3,17% da superfície

[3] Mais informações em: <www.mercosur.int/msweb/principal> Acesso em: 15 de janeiro de 2007.
[4] Fontes: DEIS; IBGE; INE; DGEEC e <http://www.infoplease.com/ipa/A0108140.html> Acesso em: 27 de junho de 2007.

territorial dos países do MERCOSUL. No Uruguai os estados também são chamados de departamentos, num total de dezenove, dividindo-se em distritos ou províncias, dependendo de cada departamento; sua população é de 3.241.003 habitantes, 1,42% da população total dos países do MERCOSUL e área de 176.215 km², 1,37% da superfície territorial destes países. A Venezuela[5] é constituída por vinte e três estados que se encontram agrupados em nove regiões administrativas, numa área de 916.445 km², sendo que sua população é de 25.730.435 habitantes.

Em relação aos países associados, pode-se afirmar que a Bolívia está dividida em nove departamentos, numa área de 1.098.580 km² e sua população é de 8.586.443 habitantes. O Chile tem uma área de 756.950 km², está dividido em treze regiões e sua população é de 15.116.435 habitantes. O Peru tem uma área de 1.285.220 km², divide-se em vinte e cinco departamentos e sua população é de 28.675.628 habitantes. A Colômbia tem uma área de 1.138.910 km², subdivide-se em trinta e dois departamentos e sua população é de 44.531.434 habitantes. Por fim, o Equador, com um território de 283.560 km^2, divide-se em vinte e duas províncias e sua população é de 13.363.593 habitantes.

De acordo com os dados levantados, pode-se observar que o Brasil é o país membro do MERCOSUL com a maior população e a maior área geográfica. A Argentina é o segundo país membro com a maior população[6] e o segundo com a maior área geográfica do MERCOSUL. Com base nisso, é pertinente afirmar que esta pesquisa abordará duas grandes nações no que se refere à população e ao espaço geográfico.

> Ambos países representan el 90% del espacio, del territorio, de la economía, de la producción, de la población, del comercio internacional. Se inaugura con la conquista de estos territorios por las potencias ibéricas […] una serie de momentos de convergencias y de conflictos (FERRER, 2006, p. 12).

No que se refere à realidade latino-americana, deve-se destacar que desde a segunda metade dos anos 1980 ocorreu o desenho de algumas estratégias de integração regional. Sob a marcha das políticas macroeconômicas de ajuste orientadas pelo Fundo Monetário Internacional, os países latino-americanos tiveram que gerar saldos comerciais crescentes e

[5] A Venezuela é membro efetivo do MERCOSUL em processo de adesão, isto é, participa dos encontros, mas não tem direito a voto e nem precisa cumprir com os deveres inerentes aos membros efetivos; a ratificação depende de aprovação do Congresso Brasileiro e Paraguaio.

[6] Vale lembrar que a Colômbia é o segundo país com maior número de população, porém é um membro associado.

positivos para servir de pagamento ao serviço das dívidas externas, acumuladas desde a década de 1970 (POCHMANN, 2000).

Observa-se que a implementação de políticas neoliberais no continente latino-americano comprometeu os objetivos e as medidas necessárias à concretização do projeto de integração regional. Num quadro de crises sócio-econômicas advindas de dívidas externas e pela própria história de colonização, a América Latina distanciou-se das nações ricas e industrializadas. No que se refere à história das relações bilaterais argentino-brasileiras, esta é apontada pelos conflitos entre os países baseados na obtenção da hegemonia regional.

A constituição do MERCOSUL visa, fundamentalmente, à criação de uma zona livre de circulação de bens, serviços, capital e força de trabalho. Pretende, também, o estabelecimento de uma tarifa externa e de uma política comercial comuns, além da coordenação das políticas macroeconômicas e de comércio exterior por setor.

Segundo Almeida (1997, p. 175),

> O MERCOSUL consiste em um conjunto de acordos bilaterais, regionais e setoriais que têm como objetivos: a) a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos (capital, trabalho, tecnologia, matérias-primas); b) o estabelecimento de tarifas aduaneiras externas e a adoção de uma política comercial comum em relação aos demais países e blocos; c) a coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os membros. O caráter do Tratado de Assunção é predominantemente comercial [...].

Mercados comuns implicam, necessariamente, o exercício de quatro liberdades fundamentais, de pessoas, serviços, capitais e bens, situação que exige a constituição de regras, normas e instituições de caráter intergovernamental ou supranacional que definam deveres, direitos e benefícios, assegurando que estes sejam distribuídos de forma previsível e eqüitativa entre todos os Estados membros e setores sociais integrados ao projeto (CAMARGO, 2006).

O MERCOSUL é um instrumento capaz de redefinir as formas de inserção das economias latino-americanas no mundo do capital, no mercado internacional que hoje está configurado. Surge também para competir no cenário mundial com os demais blocos existentes e constituir um bloco economicamente sólido, que possa viabilizar a participação de países marginalizados neste processo. Neste sentido, para Brum (2001, p. 106), “o MERCOSUL visa tirar a região da periferia do capitalismo, fortalecendo a presença dos países-membros no cenário mundial”.

> Dentro do contexto de promoção comercial recíproca, o projeto do Mercosul, como processo de integração sustentado pela redução dos custos domésticos e direcionado para o acesso aos mercados regionais, constitui uma realidade distinta da originalmente prevista em momentos históricos anteriores. O processo de integração regional posto em marcha com o Mercado Comum do Sul assenta-se mais nas metas de natureza comercial que na promoção da integração inter-regional dos países propriamente dita (POCHMANN, 2000, p. 122).

Segundo Brum (2001, p. 89), a integração regional em torno do MERCOSUL evoluiu rapidamente e é irreversível. O MERCOSUL é reforçado graças à implantação de um novo modelo de desenvolvimento econômico internacional, calcado na globalização da economia. Alguns pontos positivos importantes sobre o MERCOSUL levantados pelo autor merecem destaque neste estudo:

> - É um bloco com 220 milhões de pessoas no final do século XX, o quinto bloco mais populoso do planeta entre os existentes até o momento;
> - Possui um espaço geográfico invejável;
> - Está entre as seis maiores potências industriais do mundo;
> - Possui um território integrado por vias marítimas e terrestres.

Frente aos dados levantados, pode-se observar que o MERCOSUL possui especificidades que contribuem para a concretização da integração proposta. Porém, o MERCOSUL revela ser mais um instrumento, uma proposta de integração econômica e comercial do que social.

Segundo Dabène (2000, p.162),

> el desafio del Mercosur, y tal debe ser su proyecto: seguir su camino hacia la integración positiva y demostrar su utilidad en cuando a gestión o regulación de los problemas regionales. El Mercosur debe fijarse como objetivo consolidar una democracia redistributiva en la región.

Neste sentido,

> a globalização não é um fenômeno novo. Todavia, ela apresenta hoje duas características específicas. De um lado, ela atinge a maioria das atividades humanas. De outro, ela se apresenta assimétrica à medida que as atividades humanas não se globalizam no mesmo ritmo. Algumas, como as finanças e as empresas, estão globalizadas, enquanto outras, como a igualdade social, a luta

> contra o terrorismo, a colaboração institucional e a ação dos governos, continuam ainda fechadas em fronteiras geográficas bem-definidas (BRUM, 2001, p. 201).

A agenda comum dos países da América Latina passa pela necessidade de construção de um projeto político que seja capaz de fazer frente às pressões do capital financeiro internacional e da disputa pelos investimentos, do nível de concorrência entre os países e da desigualdade profunda dos sistemas de proteção social que limitam a formação de um mercado comum (CAMARGO, 2006).

Com o MERCOSUL as desigualdades regionais e nacionais são acentuadas, na medida em que, em nome da competitividade, investidores privados procuram apenas lugares mais rentáveis financeiramente, buscam e concentram-se em áreas onde o meio técnico-científico-informacional é mais denso. Concomitantemente, ao lado de conquistas e avanços de desenvolvimento econômico têm-se um quadro de miséria, marginalização, desigualdades sociais e violação de direitos e negação da cidadania.

Salienta-se, ainda, que, no que se refere à sua dimensão social, o Tratado de Assunção explicita uma preocupação secundária com políticas sociais e com o cidadão. Embora em seu capítulo I, artigos 1 e 2, conste a reciprocidade de direitos e obrigações entre os Estados-Partes, nem mesmo com a criação dos Subgrupos de Trabalho (SGT) – vinculados ao Grupo Mercado Comum, em especial o Grupo de Trabalho Saúde, SGT 11 do Mercosul (SGT 11), dedicado a questões relacionadas à saúde – determinou ao MERCOSUL um comprometimento efetivo com a dimensão social. Através da leitura e análise dos documentos[7] é visível o desinteresse pelo social e a ênfase no econômico.

Os temas sociais praticamente estiveram reduzidos aos direitos laborais e a alguns aspectos previdenciários e de saúde, debatidos e entendidos enquanto componentes da agenda multilateral de comércio, considerados na verdade como elos dos acordos comerciais e dos processos facilitadores da circulação dos trabalhadores (DRAIBE, 2006).

Institucionalmente o MERCOSUL ainda está distante de uma integração social entre os países membros e associados efetivando a livre circulação não apenas de mercadorias e

[7] Tratado para a Constituição de um Mercado Comum entre a República Argentina, a República Federativa a Brasil, a República do Paraguai e a Republica Oriental do Uruguai; Protocolo de Ouro Preto, Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do Mercosul; Protocolo de Brasília para a Solução de Controvérsias; Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso Democrático no Mercosul, Bolívia e Chile; Protocolo de Olivos para a Solução de Controvérsias no Mercosul.

capitais, mas de pessoas e de serviços. Neste sentido, a cidadania ainda não ultrapassou as fronteiras, sendo uma discussão em nível nacional.

A cidadania é resgatada de forma bastante reduzida e sucinta nas palavras do discurso[8] do Presidente: "Estarei pessoalmente empenhado em aproximar o Mercosul dos poderes locais e dos cidadãos". Nesta fala não fica claro como realizará esta aproximação e nem quais as estratégias que serão adotadas para tal tanto.

A discussão sobre o MERCOSUL, em suas dimensões sociais e culturais, implica focalizar a atenção na interação sob diversos ângulos: desde as atividades cotidianas até os encontros internacionais de mais alto nível, desde os espaços informais até os formalizados. A *Unificação das políticas sociais* e a criação de uma *cidadania social comunitária*, apoiada em direitos e sistemas comuns de proteção social, têm sido de forma enfática propostos como horizonte e metas do MERCOSUL SOCIAL, por parte dos atores que integram esta proposta.

Os projetos de integração regional são determinados por processos econômicos, baseados na vontade das elites e na decisão política de governos e agentes econômicos. As discussões formais centram-se em acordos setoriais como, por exemplo, o comércio, a integração produtiva, as finanças, etc. Imbricado nestes temas explícitos de negociação, há um outro nível de significados, que faz referência à dimensão cultural e subjetiva dos projetos de integração.

> Nesse contexto, a percepção corrente e em relação à qual o Mercosul é avaliado, é de que a funcionalidade do bloco está ligada, essencialmente, à esfera comercial, mesmo que, nessa área os ganhos comecem a ser fortemente questionados. Na realidade, em termos econômicos gerais, o Mercosul não tem impulsionado um desenvolvimento significativo, dada a ausência de um projeto industrial para a sub-região e do pouco que avançou no estabelecimento de um mercado comum. Mesmo assim, poder-se-ia pensar o Mercosul como um instrumento capaz de administrar e regular, em benefício de seus Estados-membros e de suas sociedades, o movimento global de transnacionalização financeira e de abertura dos mercados. Para isso deveria se constituir como uma força regional unificada, com poder de negociação no sistema internacional e de resistência às pressões vindas de Estados mais fortes, especificamente dos Estados Unidos, que pressionam para que seus países-membros sejam individualmente incorporados a suas áreas de influência e domínio. Como exemplo mais próximo podemos destacar as pressões feitas pelo governo norte-americano para que o Brasil e os demais Estados-membros do Mercosul se incorporem individualmente ao projeto de integração hemisférica (ALCA), formulado e liderado pelos Estados Unidos. A posição conjunta dos países do

[8] Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, por ocasião do encerramento da XXX Cúpula dos Chefes de Estado do Mercosul.

> Mercosul referente a essa questão e a outras que forem surgindo, pode significar um meio de se fortalecer uma identidade regional ainda em formação e uma imagem internacional que tenda a adquirir contornos definidos (CAMARGO, 2006, p. 15).

É importante destacar que o caminho para a integração regional no MERCOSUL está em uma etapa inicial, no que se refere aos acordos governamentais internacionais, porém os vínculos entre as sociedades e os estados têm longas raízes históricas. O MERCOSUL não surgiu com uma agenda social dotada de autonomia, embora certas dimensões sociais da integração tenham estado presentes em suas preocupações originais.

Por exemplo, as fronteiras entre Brasil e Argentina foram se estabelecendo, não sem conflitos, durante o período colonial, durante as guerras de independência no século XIX. Em termos sociais e culturais, estas fronteiras têm sido sempre muito porosas e transpassadas permanentemente por correntes migratórias, por intercâmbios culturais de diverso tipo e pelo turismo. Estes intercâmbios têm gerado redes de parentesco, de amizade e de solidariedade, assim como relações laborais transnacionais que são de grande importância para a vida cotidiana de grandes setores da população. Para algumas atividades culturais, as fronteiras parecem não existir, já para outras se observam sentimento de medo, rivalidade, desconfiança, discriminação e até mesmo alguns casos de xenofobia.

Cada nação – e inseridos nestas os diferentes grupos sociais – se aproxima de outras nações com uma bagagem de valores culturais, de tradições, de crenças, de hábitos, de relação, de imagens e representações sobre os outros. Esta bagagem influi diretamente na maneira como se desenvolverá o processo de integração do MERCOSUL.

Tem-se ainda pouco conhecimento sobre os processos de integração, no que se refere ao aspecto social e cultural dos municípios fronteiriços, espaços onde afloram tensões e conflitos, onde as identidades nacionais se reforçam, onde se manifestam as rivalidades.

O Programa Desenvolvimento da Faixa de Fronteira[9] (PDFF) é uma importante diretriz da política nacional e internacional brasileira. Nesta ótica, o fortalecimento das regiões de fronteira (envolvendo a Amazônia, a região central e o MERCOSUL) configura-se como uma oportunidade de adquirir a competitividade para o desenvolvimento sustentável integrado com os países da América do Sul.

---

[9] As informações referentes ao Programa de Desenvolvimento de Faixa de Fronteira foram pesquisadas no site: <http://www.integracao.gov.br/programas/programasregionais/fronteira.asp?area=spr_fronteira> Acesso em 03 de julho de 2007.

Este programa tem como objetivo principal promover o desenvolvimento da Faixa de Fronteira por meio de sua estruturação física, social e econômica, com ênfase na ativação das potencialidades locais e na articulação com outros países da América do Sul. E os demais objetivos agregados são: promover a convergência das políticas públicas setoriais na faixa de fronteira, para o enfrentamento das desigualdades intra e inter-regionais, considerando a diversidade socioeconômica e cultural da região; articular a questão da soberania nacional com o desenvolvimento regional, em sua dimensão econômica, social, institucional e cultural; formular e promover a implementação das potencialidades endógenas, em diversas escalas espaciais, visando à inserção social e econômica das populações locais; articular investimentos em infra-estrutura econômica para apoiar o processo de integração nacional; e estimular investimentos em arranjos e cadeias produtivas prioritários para o desenvolvimento sustentável de regiões menos dinâmicas, buscando a otimização dos benefícios sociais deles decorrentes, o desenvolvimento local e a integração da América do Sul.

O programa aponta como principais desafios estratégicos do PDFF, visando à mudança do padrão de intervenção observado nas últimas décadas: definição de estratégias respeitando a diversidade da região; associação da soberania com uma perspectiva de desenvolvimento e integração da América do Sul; fortalecimento das condições de cidadania para a população local e organização da sociedade civil; articulação do programa com a nova Política de Desenvolvimento Regional. Dentre as Estratégias de Atuação (que são três grandes linhas de ação) apontadas pelo programa salientam-se as que dizem respeito à região estudada:

- Articulação das Prioridades do PDFF com o Desenvolvimento das Mesorregiões Prioritárias dos Programas de Desenvolvimento Regional: quatro mesorregiões em que o Governo Federal já vem atuando de forma importante – Alto Solimões (AM), Vale do Rio Acre (AM e AC), Grande Fronteira do Mercosul (PR, SC e RS) e **Metade Sul do Rio Grande do Sul (RS) – encontram-se em áreas coincidentes com a faixa de fronteira** [grifo nosso]. Essas mesorregiões são beneficiadas pelas ações do PDFF e do PROMESO, de modo que estes programas garantam o desenvolvimento sustentável dessas sub-regiões. Envolvem articulação de estratégias e ações do Governo Federal com os Estados, Municípios e as sociedades locais organizadas, constituindo uma oportunidade para o aproveitamento de sinergias das ações públicas e privadas.

- Melhoria das Condições Econômicas, Sociais e de Cidadania das Sub-regiões que Compõem a Faixa de Fronteira: as ações aqui propostas tem o objetivo de articular os atores

da Faixa de Fronteira em torno de projetos de desenvolvimento comuns e de construção de percepções da realidade local e sub-regional, provocando a elaboração de agenda para a superação dos obstáculos e utilização das potencialidades, englobando, em sua estratégia de atuação, o fortalecimento da sociedade civil, o incentivo a Arranjos Produtivos Locais (APLs), a promoção da articulação dos atores e o estímulo à infra-estrutura econômica, social e gerencial.

Alguns dos resultados que o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira pretende atingir: estimular processos sub-regionais de desenvolvimento, contribuindo para a redução da desigualdade regional e para a integração da América do Sul; melhoria da governança e estímulo à participação da sociedade civil, envolvendo a articulação dos atores locais em torno de projetos de desenvolvimento na Faixa de Fronteira; estruturação e dinamização de Arranjos Produtivos Locais e transfronteiriços; melhoria das condições de cidadania da população local; revisão do marco regulatório que possui impacto no desenvolvimento econômico da região e nas condições de cidadania nas áreas de fronteiras, a interação internacional é uma característica do modo de vida das pessoas que ali residem. É sob esse aspecto que estas áreas requerem uma atenção especial, pois simultaneamente marcam o que une e o que os separa, porque todos os níveis de integração, ao mesmo tempo em que integram, desintegram, incluem, excluem.

Durante a pesquisa realizada, observou-se que densas redes de relações interpessoais, comerciais e de parentesco, oficiais e extra-oficiais, mantêm uma cultura na fronteira, permitindo que seus habitantes articulem suas vidas em mais de um estado-nação. Cotidianamente, os limites são atravessados permanentemente por homens e mulheres. Como assinala Abínzano (1993, p. 76), “paradójicamente, fue en las fronteras donde más se insistió en la aplicación práctica de la filosofía de la geopolítica dura, de la desconfianza y la hostilidad, y donde se dan las mejores condiciones para pensar en una integración de aspectos múltiples”.

As áreas de fronteira são espaços privilegiados para estudos sobre as relações entre “nosotros/as” y “los/as otros/as”, entre grupos com identidades distintivas. Nelas pode-se resgatar uma multiplicidade de fluxos e intercâmbios; são espaços de interação e de conflito, mas, ao mesmo tempo, são áreas de novas alianças e identidades sociais e culturais. Em suma, as áreas fronteiriças no MERCOSUL não são apenas espaços de conflitos, são também espaços estratégicos nos quais as tensões são debatidas, processadas e transformadas. A fronteira, nesse momento, deixa de ser o limite, o espaço das diferenças, dos serviços, do

contrabando. Torna-se porosa, aberta para aproximações principalmente no campo das políticas sociais. E nesse contexto se pode afirmar que o MERCOSUL está dinamizando as áreas de fronteira.

Para Villa (et al, 2001), ainda que o MERCOSUL estabeleça uma nova lógica de relações econômicas entre os países que o compõem, com profundos e talvez graves reflexos no campo social, são nas áreas de fronteiras que essas alterações tendem ser mais visíveis. Dessa forma, todo conhecimento sobre a zona de fronteira meridional do Brasil, a qual se constituiu em palco das transformações que irão operar na configuração sócio-espacial, que fazem parte do processo de integração, reveste-se de particular importância. No campo da saúde, estudar esses espaços contribuirá para pensar novas estratégias de atenção às populações que aí vivem.

1.3 Territórios e Fronteiras

Discutir a formação de blocos regionais implica necessariamente resgatar a discussão sobre espaço e territorialidade. O surgimento de um mercado cada vez mais globalizado e cada vez menos sujeito à regulação do Estado produz uma nova territorialidade, em que grandes espaços geográficos tendem a se integrar. A desterritorialização financeira torna-se incompatível com o sistema regulador, de base nacional do Estado. Ou seja, o território hoje tende a ser menos nacional e mais mundial. Neste sentido, pode-se observar que há uma modificação na geografia mundial (BRUM, 2001).

Observa-se, entretanto, que a situação da fronteira – espaços limites no âmbito jurídico formal e espaço de vivências integrativas no âmbito cotidiano – é peculiar e antecede a discussão dos blocos econômicos. Tal questão significa que é um espaço profundamente atravessado pelas contradições inerentes à constituição dos novos blocos.

Linha ou zona de fronteira assinala 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, 2005b, p. 21).

A faixa de fronteira no Brasil foi definida como área geográfica sob regime jurídico em 1890, através da lei 601, de 18 de setembro. Atualmente os instrumentos legais que

regulamentam a ocupação na faixa de fronteira, são a lei nº. 6.634 de 2 de maio de 1979 e o Decreto Presidencial nº. 85.064, de 26 de agosto de 1980, que considera a faixa de fronteira como área de Segurança Nacional (BRASIL, 2004).

A Constituição brasileira, ao identificar as fronteiras ou municípios de fronteira, a partir de uma definição constitucional, classifica como faixa de fronteira a área compreendida dentro de cento e cinqüenta quilômetros perpendiculares à linha limite do território brasileiro. Contemporaneamente, o país adotou o conceito linha de fronteira que serve para delimitação do território municipal que compõe a divisa nacional (GUIMARÃES, 2005, p.19).

Segundo o Ministério da Integração Nacional (MI) (2004), a linha de fronteira do Brasil com o MERCOSUL é "formada por 69 municípios de quatro Estados sendo 29 municípios localizados no Rio Grande do Sul, 10 em Santa Catarina, 18 no Paraná e 12 no Mato Grosso do Sul, os quais todos juntos somam aproximadamente um milhão e quinhentos mil habitantes" (SILVA, 2006).

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, 2005).

Isso posto, julga-se necessário situar a concepção de fronteira utilizada neste trabalho. Importa o olhar sobre fronteiras a partir dos processos que resultam de interação das sociedades perante o impacto da integração e do MERCOSUL sobre estas. Numa dimensão sócio-antropológica, as fronteiras são espaços de interações múltiplas entre sociedades; de relações sistemáticas que geram configurações *sui generis* (ABÍNZANO, 2004). Deste modo, aqui são compreendidas enquanto trocas sócio-culturais, políticas e econômicas de grande profundidade e simultaneamente de um intenso caráter histórico e temporal.

Abínzano (2004) apresenta diferentes aspectos às questões e discussões pertinentes às fronteiras, suas linhas e regiões, utilizando para tais definições conceitos amplos e dinâmicos, embasados por um aporte sócio-antropológico. O autor afirma que valer-se destes termos implica em compreender que são categorias complexas e que existem controvérsias e cuidados na sua utilização; muitas vezes são usados de forma reduzida e vulgar.

A região de fronteira implica na presença de um fator espacial, é um conjunto de sistemas socioculturais localizados em ambos os lados de uma linha de fronteira interagindo através de múltiplas formas. A linha de fronteira, nesta ótica, é um atributo interior à região de fronteiras, um predicado que inclui o sujeito e compõe a própria definição de fronteira, importante, porém não decisiva (ABINZANO, 2004). O autor denomina de área de fronteira, no caso fronteira internacional, o espaço de região de fronteira pertencente a um dos países envolvidos e em cujo perímetro um segmento, uma região se corresponde com a linha de fronteira; a dimensão total de área de fronteira é estabelecida oficialmente. Todas as atividades que atravessam as linhas de fronteiras podem ser consideradas de fluxos. "Denominase flujos a las corrientes de desplazamiento de ciertos entes por el espacio que cruzan las líneas de frontera en ambas direcciones" (ABÍNZANO, 2004, p.23-4). Os fluxos podem ser regulares, esporádicos e excepcionais. Aqui neste estudo serão resgatados os fluxos transfronteiriços na área da saúde, a busca de argentinos pelo atendimento nos serviços de saúde no Brasil.

> Las sociedades humanas no poseen límites precisos como la piel del cuerpo humano. Los sistemas socioculturales son sistemas abiertos de inmensa complejidad y en ellos el espacio es un componente consubstancial. […] Las fronteras de pueblos en el espacio son esencialmente simbólicas salvo en el caso de las líneas de frontera donde es necesario al menos establecer un conjunto de referencias materiales concretas. Las fronteras antropológicas suponen la posibilidad de áreas de mezcla sociocultural entre diferentes sistemas en contacto. Y estas relaciones se producen traspasando las líneas de frontera. Podemos imaginar las aguas de un río que desemboca en el mar. Allí se mezclan las aguas dulces y saladas sin limites muy precisos porque se trata de fenómenos dinámicos. […] El concepto de **frontera** se proyecta sobre espacios-escenarios, modificados y modificantes, dinámicos y por lo tanto históricos, que conviene llamar, desde nuestra perspectiva **regiones de frontera**. […] A **línea de frontera** es el límite político y jurídico concreto donde están situadas las instituciones dedicadas a controlar y regular los flujos transfronterizos (ABÍNZANO, 2004, p. 20) [grifo do autor].

Segundo o autor citado acima, essas instituições trabalham sobre diferentes aspectos e constituem uma completa rede de práticas, muitas vezes, sobrepostas e contraditórias que respondem a diferentes interesses da estrutura burocrática. Por exemplo, do lado argentino encontram-se *gendarmería*, prefeitura, área de fronteira, migrações, aduana, etc. O autor defende a idéia de que, quanto mais rudimentar é a integração entre os países, mais instituições existem na linha de fronteira, mais difíceis são as suas relações e mais obsoletos parecem seus objetivos. Afirma que existem relações dialéticas entre as fronteiras dos mapas

que marcam e demarcam a soberania territorial da nação oficialmente objetivada nas instituições mencionadas e na população que realmente lá transita.

Vistas sob este prisma dinâmico as fronteiras são vivas, apresentando contradições e complexidades, não sendo possível ainda considerá-las como linhas imóveis, estáticas, imutáveis e permanentes. São passíveis de mudanças na medida em que há um contínuo deslocamento – ora para cá, ora para lá, entre um e outro país.

> A fronteira abrange, portanto, uma zona não delimitada rigidamente, na medida em que o limite não é de forma alguma permanente; serve para dividir dois territórios e constitui-se sempre em medidas artificiais, mesmo que elementos naturais sejam utilizados para servir como linhas (MIYAMOTO, 1995, p. 174).

Neste sentido, não se pode compreender fronteira apenas como uma linha de separação entre lugares diferentes, mas, antes de tudo, como um espaço complexo e frágil de integração; um pivô estratégico para a integração nacional. Portanto, fronteira deve ser entendida não somente em suas implicações nas relações internacionais e concebidas como uma linha divisória entre Estados, mas ao mesmo tempo, deve-se compreender e resgatar sua complexidade por ser um espaço no qual existem os domínios políticos dos Estados, gerando dinâmicas próprias de desenvolvimento, pois, segundo Abínzano (2004, p. 19),

> cuando se sale de un territorio nacional para entrar en otro, se cambia de soberanía y de sistema de poder; en cada país, se debe todo al gobierno local, nada al vecino. […] todo se detiene en las fronteras. Los sistemas nacionales son fundamentalmente heterogéneos. Esto es lo que hace atractivos los límites.

Na realidade, as regiões de fronteiras nem começam e nem terminam com a linha que demarca o limite entre os países. Legalmente se pertence a um Estado, a um país, mas na prática é evidente o trânsito que acontece mais além da linha que se demarca. Dinâmicas de comércio, movimentação de capital, fatores internos influem diretamente nas políticas que se aplicam no país vizinho, ou seja, são determinantes nas relações estabelecidas.

> La frontera sociocultural es un entramado abierto de límites siempre imprecisos determinada por las cambiantes actividades humanas. Es el sistema de relaciones transfronterizas que tienen características sui generis porque están determinadas por su posición territorial. Se trata de procesos especializados y arraigados en la materialidad de esas localizaciones (ABÍNZANO, 2004, p 25).

As fronteiras são territórios vinculados à identidade nacional que se dilui, em que se manifestam situações de dubiedade, diferença *versus* integração, nas quais, além de contrastes de língua e de cultura, dá-se convivência cotidiana entre sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social distintos. Esse fato gera tensões e conflitos, evidenciando contradições entre as realidades local, regional e do conjunto de instituições, normas e políticas (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

A noção de fronteira adquiriu uma nova conotação no contexto e na contraditoriedade do processo de globalização, e o que hoje se conhece como espaço fronteiriço seria o resultado das tensões e contradições existentes entre a própria realidade local-regional e o exercício da soberania dos Estados nacionais, permeados pelo sistema econômico e pelas redes científico-técnicas e informáticas (CICCOLELLA, 2002).

A fronteira, enquanto conceito político conforma,

> espaços com particularidades institucionais e de práticas sociais. Assim nas bordas dos países os limites são territórios dinâmicos que constituem processo de troca espacial, socioeconômica, demográfica e cultural específico (BARCELOS apud GUIMARÃES, 2005, p. 18).

Para Júnior e Oliveira (2002), a região de fronteiras ocasiona a existência de inúmeros problemas que dificultam o processo de integração. Sobretudo, de acordo com os autores, há problemas menores, ridículos de existirem até, mas que prejudicam a vida das pessoas. As proposições do Estatuto do Estrangeiro[10] e do Acordo Bilateral Brasil-Argentina[11]

[10] Lei N.º 6.815 de 19 de Agosto de 1980 que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil e cria o Conselho Nacional de Imigração e dá outras providências e o Decreto N.º 86.715 de 10 de Dezembro de 1981 que regulamenta a Lei N.º 6.815.

[11] O Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas é uma articulação que se propõe a criar instrumentos que promovam uma maior integração entre as comunidades fronteiriças, buscando a melhoraria da qualidade de vida de suas populações, facilitarem a convivência das localidades fronteiriças vinculadas e impulsionar sua integração através de um tratamento diferenciado à população no que se refere às questões econômica, de trânsito, de regime trabalhista e de acesso aos serviços públicos e de educação. Neste sentido, estes países pretendem criar a carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço, onde os sujeitos gozarão dos seguintes direitos nas localidades fronteiriças vinculadas a Parte emissora da carteira: exercício de trabalho; acesso ao ensino público; atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade; acesso ao regime de comércio fronteiriço de mercadorias ou produtos de subsistência. Este Acordo somente será aplicado nas localidades fronteiriças vinculadas, aos nacionais das Partes com domicílio, de acordo com as disposições legais de cada Estado, nas áreas de fronteiras enumeradas no Anexo I - Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas (neste constam as cidades de Porto Mauá – Alba Posse) do referido documento, sempre que sejam titulares da carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço emitido conforme previsto nos artigos seguintes e somente quando se encontrem domiciliados dentro

/ Brasil-Uruguai[12] não são levadas em consideração. Destaca-se o início de tratativas entre alguns gestores de saúde facilitando o atendimento de pacientes e desenvolvendo outras ações conjuntas para promoção de saúde. Observa-se que na região estudada ainda não existem tais negociações e o próprio acordo bilateral é desconhecido pelos gestores. Tal fato contribui para que pacientes, especialmente da região Sul do Rio Grande do Sul, se desloquem muitos quilômetros para um atendimento de média complexidade.

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. 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 (DAL PRÁ, 2006).

Como as bases institucionais do acordo de integração não estão consolidadas, a solução encontrada na prática pelos municípios brasileiros fronteiriços para a provisão de serviços e ações em saúde e demais áreas para a população fronteiriça são parcerias e acordos informais. Estes acarretam muitas vezes, uma sobrecarga de recursos financeiros e os recursos humanos para os municípios. Uma iniciativa, neste sentindo, foi realizada pelo município de Porto Vera Cruz, o qual encaminhou à Câmara Municipal de Vereadores um projeto-lei que garante atendimento na saúde a argentinos em situação de urgência-emergência. Tal proposição evidencia o desconhecimento da legislação sobre o exercício da medicina e sobre a situação dos estrangeiros no país. Salienta-se que tal tratativa é exclusiva dentre os municípios que compõem a amostra desta pesquisa.

---

dos limites previstos neste Acordo. As Partes poderão consentir que os benefícios do Acordo possam ser estendidos em seus respectivos países aos residentes permanentes de outras nacionalidades. Salienta-se que este acordo ainda não entrou em vigência.

[12] Decreto Legislativo Nº 907/2003 firmado pelo 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, onde reafirmam o desejo de acordar soluções comuns com vistas ao fortalecimento do processo de integração entre as Partes. Salienta-se ainda o Comitê Binacional de Saúde estabelecido entre Brasil e Uruguai (municípios de Sant Ana do Livramento e Rivera) foi criado em 05 de dezembro de 2005, pelo Decreto N° 4201/05 / Prefeitura de Sant Ana do Livramento e IMR. Resolución N° 3.945/06 / Rivera. Este Comitê tem como objetivos: obter a participação da sociedade organizada na condução das Políticas Públicas de Saúde; ser um instrumento de relevância nos temas de saúde comunitária, na discussão e implementação de projetos de ações e na elaboração de propostas de interesses sanitários para a fronteira; ser um canal aberto e competente para o fluxo de informações, propondo a interação com os distintos níveis de governos Departamentos Nacionais e com o MERCOSUL; aplicar as normas de harmonização propostas a nível regional a partir de diretrizes emanadas da "Reunião de Ministros de Saúde de MERCOSUL"; articular entre os diferentes órgãos e Instituições Públicas, Privadas e Agentes Políticos e Comunitários dos países, para buscar soluções aos problemas comuns da fronteira Livramento-Rivera.

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

Para Villa (et al 2001), a fronteira, nesse momento, deixa de ser o limite, o espaço das diferenças, dos serviços, do contrabando. Torna-se propensa e aberta para aproximações principalmente no campo das políticas sociais. O campo da saúde também se relaciona com a especificidade dos municípios de fronteira, ao considerar que a dimensão internacional da saúde decorre de determinações de ordem histórica, social, cultural, econômica e política entre as diferentes populações, transcendendo às políticas e fronteiras nacionais.

Para além das regiões fronteiriças, a internacionalização da política, da economia e do capital, através da livre locomoção do comércio e o fenômeno da integração regional, promoveu uma nova concepção sobre espaço regional e território. O espaço nacional não é mais suficiente, na medida em que a globalização enfraquece a eficácia das políticas nacionais. Com isso, o contexto regional parece ser mais pertinente. O mundo globalizado deixa de ser espacialmente delimitado (OLIVEIRA, 2002). Hoje se percebe a existência de múltiplos, complexos e mutáveis recortes regionais.

Milton Santos constituiu uma das referências brasileiras mais importantes para as análises da relação sobre espaço, cidadania e território. Em sua obra conceitua espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações; um conjunto de fixos e fluxos que interagem (SANTOS, 1996, p.18). O espaço é aquilo que resulta da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam. A configuração territorial é uma produção histórica resultante dessas relações. As ações provêm das necessidades humanas: materiais, espirituais, econômicas, sociais, culturais, morais, afetivas.

> O espaço é hoje um sistema de objetos cada vez mais artificiais, povoado de sistemas de ações igualmente imbuídos de artificialidade. [...] De um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra sua dinâmica e se transforma (SANTOS, 1996, p. 51-2).

O espaço vivido consagra desigualdades e injustiças e termina por ser, em sua maior parte, um espaço sem cidadãos. A capacidade de utilizar o território não apenas divide como também separa os homens, ainda que eles apareçam como se estivessem juntos. O espaço é uno e global, funcionando segundo um jogo de classes que tem sua demarcação territorial. Neste sentido, o território onde se vive é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais se trabalha e se circula, se mora, mas também um dado simbólico (SANTOS, 2000).

Segundo Santos (2000), o território é visto como um palco, mas também como um figurante, sociedade e território sendo simultaneamente ator e objeto da ação. Tomado como um todo dinâmico, é hoje, o principal revelador dos grandes problemas nacionais, já que ele permite uma visão não-fragmentada e unificada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos.

Na tradição marxista o espaço é compreendido como produto social, o *lócus* da reprodução das relações sociais de produção e reprodução da sociedade, um espaço social vivido. A região, nesta perspectiva, é a síntese concreta e histórica desta instância espacial ontológica dos processos sociais, produto e meio de produção e reprodução de toda a vida social (SANTOS, 2000).

Quando se fala hoje de territórios não está se referindo aos seus atributos físicos, mas ao seu conteúdo imaterial, suas informações e conhecimentos. O conceito de território abarca infinitamente mais que o território do Estado-nação. Nesta concepção, todo espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder é um território, por exemplo, da favela até o bloco constituído pelos países membros do MERCOSUL.

As regiões de fronteiras são espaços complexos; nelas existem elementos de integração e de conflitos. Ao se discutir e abordar esta temática deve-se levar em conta que nesses lugares as políticas sociais e econômicas implementadas afetam diretamente a população vizinha.

> Los pocos puntos fronterizos activos mostraban, ya entonces, como ventanas abiertas hacia un mundo más rico y más próspero, la propia imagen del olvido, la marginación y la falta de proyectos viables, sostenibles y adaptados a la situación concreta de las fronteras (ABÍNZANO, 2004, p. 16).

Segundo Rafestin (1993), território é o espaço territorializado, apropriado. É lugar de relações sociedade-natureza e homens-homens, em função disso, espaço de ação e de poder. O território é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. A passagem do espaço ao território ocorre num processo de produção do espaço, quando este é balizado, modificado, transformado por redes e fluxos que aí se instalam.

Território é resgatado aqui no seu sentido dinâmico. Neste âmbito, é revelador de diferenças, de condições de vida da população. Tal fato pode ser observado na grande extensão territorial brasileira, sendo esta uma das suas características mais marcantes.

Para Santos e Silveira (2001), território é uma extensão do espaço apropriada e usada e, no sentido mais restrito, o nome político para o espaço de um país ou região. Haesbaert (2002) aprofunda a noção de território em sua relação com as redes, com os aglomerados humanos de exclusão e com o tema das identidades territoriais.

Andrade (2002) afirma que o conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando muito ligado à idéia de domínio ou de gestão de uma determinada área. Deve-se ligar a idéia de território à idéia de poder, quer se faça referência ao poder público, estatal, quer ao poder das grandes empresas que estendem os seus tentáculos por grandes áreas territoriais, ignorando as fronteiras políticas.

Neste sentido, aqui a noção de território está relacionada a um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais que define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre “nós” – o grupo, os membros da comunidade – e os “outros” – o de fora, os estranhos (SOUZA, 1995).

Territorialização é um termo que deriva do conceito de território, refere-se ao processo de apropriação do espaço, através de uma ação do setor público ou privado (DALLABRIDA; BÜTTENBENDER, 2006). Santos e Silveira (2001) demonstram que as formas de territorialização que obedecem exclusivamente à lógica de reprodução do capital internacional, hegemônicas atualmente, provocam formas de desapropriação nos territórios ou regiões atingidas.

Paradoxalmente, a desterritorialização é um produto da globalização, onde tudo tende a desenraizar-se; é uma característica da nova (des)ordem mundial. Pode-se atentar para o fato de que não deve ser vista apenas como desenraizamento no sentido de uma destruição física de fronteiras e um aumento da mobilidade, em sentido concreto, mas na sua dimensão

política, econômica, cultural e social. Isto significa dizer que não é um processo exclusivo em termos geográficos.

> No Planeta sem fronteiras, a metáfora torna-se viva, neutraliza o verbo. Predomina como forma de comunicação, porque transforma a palavra em imagem e torna o espaço sem limite. Então, o mundo assim desterritorializado – sem geografia, história, cultura – estabelece o singular, o único, o global, o homem da aldeia global, o homem do mundo (OLIVEIRA, 2002, p. 475).

Frente a esta discussão percebe-se que as fronteiras são modificadas, ampliadas e até mesmo anuladas. De acordo com Ianni (2002, p. 82):

> Em um mundo globalizado, quando se modificam, transformam, recriam ou anulam fronteiras reais e imaginárias, os indivíduos movem-se em todas as direções, mudam de país, trocam o local pelo global, diversificam seus horizontes, pluralizam as usas identidades.

A emergência e a organização do mundo em blocos regionais não é algo recente e não surge repentinamente. Faz parte da estratégia de alianças econômicas, políticas e militares de um conjunto de países como, por exemplo, os situados a oeste na Europa Ocidental. Na América Latina, seguindo esta própria lógica, tem-se o MERCOSUL como fruto da nova divisão do mundo e da rearticulação mundial do capital.

> Originalmente nascido das iniciativas de interação iniciadas no governo Figueiredo e formalizado nos "Protocolos de integração", dos presidentes Alfonsín e Sarney. O MERCOSUL assume forma definitiva em 1991, na assinatura do Tratado de Assunção, pelos presidentes do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. Todas estas sucessivas iniciativas se dão no contexto da crise mundial e na forma violenta com que ela se rebate na América Latina nos quatro países (BELATO, 1997, p. 53).

A integração proposta através do MERCOSUL promove uma mudança significativa no espaço fronteiriço dos países membros. O MERCOSUL impõe novos papéis às cidades locais e desafios às administrações de fronteira. Cabe aqui aprofundar um pouco mais a discussão sobre o MERCOSUL, objetivando conhecer esta proposta.

> Los países que comparten un espacio tienen, por razones naturales, elementos de convergencia: la vecindad, los costos de transporte, a veces la cultura, los contactos

> humanos, el movimiento de gente. Compartir el espacio genera potencialmente oportunidades de acercamiento en todos los campos: económico, político, cultural…Y cuando se levantan las barreras que distancian a los países, estas fuerzas centrípetas salen a la superficie (FERRER, 2006, p. 13).

Diante deste cenário, as questões postas são: o que significa discutir cidadania e garantia de direitos num contexto do sistema capitalista com diversidade de questões emergentes na sociedade contemporânea? Este é o tema que se pretende abordar no próximo capítulo.

2 CIDADANIA, DIREITOS E PROTEÇÃO SOCIAL.

"Los latidos del corazón
no saben de límites ni nacionalidades"
<www.saludmisiones.com> Acesso em 11 de março de 2007.

Neste capítulo, realiza-se uma discussão teórica sobre a cidadania e os direitos sociais em um mundo sem fronteiras, a partir de algumas categorias elencadas como centrais neste estudo – direitos, cidadania e nacionalidade. Busca-se também resgatar e descrever as políticas de proteção social do Brasil e da Argentina e, a partir desta construção, se estabelece uma análise comparativa entre o direito à saúde nesses dois países.

2.1 A cidadania e os direitos sociais em um mundo sem fronteiras

Discutir direitos e cidadania no século XXI é um grande desafio. É uma discussão relevante e polêmica na medida em que o debate se insere em uma nova ordem societária mundial, com implicações para todas as nações deste planeta e para os cidadãos. Num mundo que se transforma a cada novo dia a cidadania também se transforma. Esta não mais se afirma unicamente sob as características do Estado, do território e da nacionalidade. Num mundo globalizado, a cidadania ultrapassou fronteiras e nacionalidades, também se globalizou, tornou-se cidadania diferenciada, configurando o denominado cidadão do mundo, especialmente no que diz respeito ao nível econômico.

> El concepto de ciudadanía, [...] ha sufrido un itinerario de cambios y transformaciones que ilustran los procesos institucionales que lo acompañaron. El actual proceso de transnacionalización de las estructuras productivas y de internacionalización de los modelos culturales obliga a revisarlo nuevamente, de cara al surgimiento de las sociedades de "pluralismo cultural" contemporáneas. Conceptos como el de una ciudadanía "diferenciada" o ciudadanía "secundarias" vienen a dar cuenta de estas renovación del concepto en el marco de debate actual sobre sus limites y alcances. Uno de los escenarios donde se ha vuelto más crítico este debate es el configurado por los fenómenos de movilidad espacial de las poblaciones, que se han acrecentado en los últimos tiempo (MOREIRA; PELEGRINO, 2001, p.109).

A cidadania social globalizada é uma dimensão ainda a ser construída e conquistada pelos sujeitos sociais preocupados com a igualdade e justiça social. Salienta-se ainda que a

ampliação de direitos e de cidadania é essencial para construir uma sociedade com igualdade e justiça.

> O cenário internacional traz também complicações para a construção da cidadania, vindas sobretudo dos países que costumamos olhar como modelos. A queda do império soviético, o movimento de minorias nos Estados Unidos e, principalmente, a globalização da economia em ritmo acelerado provocaram, e continuam a provocar, mudanças importantes nas relações entre estado, sociedade e nação, que eram o centro da noção e da prática da cidadania ocidental. O foco das mudanças está localizado em dois pontos: a redução do papel central do Estado como fonte de direitos e como arena de participação, e o deslocamento da nação como principal fonte de identidade coletiva (CARVALHO, 2005, p. 225).

Pretende-se, neste item, também discutir como o direito à saúde, frente à complexidade da ordem capitalista no estágio atual, vem sendo afirmado como um elemento constitutivo dos direitos humanos, um direito de cidadania efetiva na fronteira.

Diante disso, faz-se necessário contextualizar e resgatar as categorias direitos sociais e cidadania. O ponto de partida que fundamenta esta construção e discussão sobre direitos baseia-se nos estudos de Bobbio. Na obra *A Era dos Direitos*, Bobbio (2004) aponta três teses importantes para compreender e discutir o direito. Na primeira, o autor afirma que os direitos naturais são direitos históricos. Os direitos não têm origem ou justificação na natureza humana, ao modo do jusnaturalismo, e sim são construções históricas e não naturais. Bobbio discute os direitos na perspectiva de que são conquistas e dependem das construções históricas; são construtos jurídicos historicamente voltados para o aprimoramento político da convivência coletiva. Enquanto direitos históricos, os direitos do homem se modificaram e continuam se modificando, ampliando-se com a mudança das condições históricas.

A segunda tese refere-se à questão de que os direitos nascem no início da modernidade junto com a concepção individualista da sociedade. O indivíduo é uma invenção da Idade Moderna sendo que o exercício do direito é individual. Na terceira, o autor afirma que os direitos são indicadores do progresso histórico. Ou seja, indicadores do progresso moral da sociedade. Para Bobbio, as sociedades que mais efetivam e garantem direitos são sociedades mais avançadas.

Este autor explica que direito é uma construção, um artefato humano fruto da política. Requer a razão para pensar, projetar e ir transformando este artefato em função das necessidades da convivência coletiva. Em sua obra, discute problemas históricos e teóricos. No plano histórico os direitos do homem derivam de uma inversão de perspectiva,

característica da formação do Estado Moderno, na relação Estado-cidadão. No plano teórico os direitos do homem são direitos históricos, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades, contra velhos poderes de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Os direitos do homem, a democracia e a paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem direitos do homem reconhecidos e protegidos não há democracia e sem democracia não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos. “Democracia é a sociedade dos cidadãos, e os súditos se tornam cidadãos quando lhes são reconhecidos alguns direitos fundamentais; haverá paz estável somente quando existirem cidadãos não mais apenas deste ou daquele Estado, mas do mundo” (BOBBIO, 2004 p. 22). Aqui está visível a idéia de direitos universais, direitos sem fronteiras, não relacionados à nacionalidade ou limites geográficos.

Bobbio parte do pressuposto de que os direitos do homem são coisas desejáveis, fins que merecem ser perseguidos e, apesar de sua desejabilidade, não foram ainda todos eles reconhecidos.

Com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, houve a afirmação, o reconhecimento, a definição, a atribuição e a universalização dos direitos do homem. Esta convenção internacional proclama princípios, nomeando os direitos humanos. Conforme destaca Bobbio (2004, p. 50):

> A Declaração Universal contém em germe a síntese de um movimento dialético, que começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transfigura-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e termina na universalidade não mais abstrata, mas também ela concreta, dos direitos positivos universais.

Este autor explica que o desenvolvimento dos direitos do homem passou por três fases. Na primeira afirmaram-se os direitos de liberdade – direitos que tendem a limitar o poder do Estado e a reservar para o indivíduo, ou para os grupos particulares, uma esfera de liberdade em relação ao Estado. Na segunda fase propugnados os direitos políticos – concebendo a liberdade como autonomia – teve-se como conseqüência a participação cada vez mais ampla, generalizada e freqüente dos membros de uma comunidade no poder político. Na terceira, foram proclamados os direitos sociais que expressam o amadurecimento de novas exigências, como o bem-estar, a igualdade, etc.

> Na origem da garantia dos direitos há uma permanente tensão entre quem detém o poder, no caso específico o Estado, e as camadas sociais que buscam a ampliação deste poder com vistas à consecução dos direitos pretendidos. Esse fato ocorre particularmente em relação aos direitos sociais, o que não se verifica, por exemplo, com os direitos de liberdade, que buscam justamente o contrário, a limitação do poder do Estado (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1998, p.23).

Neste sentido, sob o prisma histórico dos direitos de cidadania, os estudiosos assinalam o século XVIII como marco da conquista dos direitos civis; o século XIX, dos direitos políticos; e o século XX, dos direitos sociais. Nessa visão, a cidadania é constituída por um conjunto de direitos formais, promulgados por lei, garantidos e implementados pelo Estado, estabelecendo-se uma relação entre o cidadão e a unidade estatal no que concerne aos direitos e obrigações (JUNIOR; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Bertaso (2002), a cidadania civil e política envolve os direitos individuais: direitos de liberdade. Pressupõe a igualdade formal, considerando o sujeito abstratamente, o sujeito de direitos, direitos iguais para pessoas formalmente iguais. Já a cidadania social compreende os direitos sociais e econômicos. O sujeito de direitos é visto inserido no contexto social e não mais abstratamente. Além das garantias individuais fundamentais, visa ao bem-estar individual e coletivo e à criação, manutenção, divisão e distribuição de condições e de serviços sociais. Ao Estado cabe a obrigação de intervir, colocando à disposição da sociedade os meios materiais de implementação das condições para o efetivo exercício da cidadania e para minimizar a desigualdade social, efetivamente os direitos sociais e econômicos como a saúde.

Portanto, os direitos sociais, como direito à saúde, estabelecem um marco de ampliação da cidadania nas sociedades modernas, na medida em que, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania; em particular formas diferenciadas de compreender o significado de “satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social” (ESCOREL, 2001, p. 03).

Tais direitos impuseram a construção de novos sujeitos de direitos coletivos, aumentando o número de sujeitos de direito, ampliando o *status* dos sujeitos e estendo alguns direitos individuais aos grupos específicos. As novas demandas sociais conferiram uma nova dinâmica e um novo conceito de cidadania.

Para a realização dos direitos do homem são necessárias condições objetivas, condições materiais prévias para o exercício efetivo do direito. Não dependem da boa vontade dos que os proclamam, nem das boas disposições dos que possuem os meios de protegê-los. Salienta-se ainda que os direitos despontam quando as desigualdades se tornam um conflito e quando o sujeito tem reconhecido os seus direitos; o indivíduo enquanto sujeito de direitos (BOBBIO, 2004).

Viera (2004, p. 61) afirma que,

> na realidade, não existe direito sem sua realização e sem suas mediações. Do contrário, os direitos e a política social continuarão presos na letra da lei irrealizada, do direito positivo, do niilismo de valores; ou então do direito natural, histórico ou não, do apriorismo dos princípios e das leis, que estão sempre onde não são esperados. O singular e o universal não se cumprem sem o particular, sem a totalidade do humano, nem conduzem à emancipação humana.

Hoje não se torna mais necessário fundamentar os direitos, o grande entrave encontrado em relação aos direitos do homem é protegê-los. Portanto, os direitos devem ser reconhecidos e efetivados, sendo necessários argumentos para que realmente isso aconteça.

A preeminência é discutir sobre a garantia dos direitos, afirmar e consolidar o que hoje se tem direito. A efetivação de uma maior proteção dos direitos do homem está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. Nestes últimos tempos falou-se e fala-se muito em direito dos homens, porém pouco se fez para que eles sejam reconhecidos e protegidos efetivamente. Existe uma grande defasagem entre o debate teórico sobre os direitos do homem e os limites nos quais se processa a efetiva proteção dos mesmos. (BOBBIO, 2004). A partir desta observação de Bobbio, se questiona como efetivar direitos e fundamentar a cidadania social hoje.

Para Dimesntein (1994), o cidadão brasileiro usufrui uma cidadania aparente, a qual ele denomina de cidadania de papel. A cidadania de papel, portanto, surge como o desrespeito aos direitos fundamentais do homem. A medida da cidadania está para a razão direta dos direitos humanos, do direito a ter direitos.

Sendo a nacionalidade pressuposto básico para o exercício da cidadania, cabe aqui fazer uma distinção entre nacionalidade e cidadania. Segundo Posenato (2002), a nacionalidade consiste no vínculo jurídico-político do indivíduo a um determinado Estado, enquanto a cidadania compreende o gozo e o exercício dos direitos políticos, civis e sociais

reconhecidos ao nacional. Aqui no Brasil, são adotados como elementos para compor os direitos de cidadania, os direitos e garantias fundamentais dispostos na Constituição Federal de 1988. Nesta construção, entende-se por cidadão o sujeito que goza de direitos civis e sociais.

> Pode-se conceituar cidadania como a ação política do cidadão contra o Estado ou terceiro, através do Estado, para exigir direitos que são inerentes a sua personalidade jurídica. Tais direitos fazem parte do patrimônio do cidadão, denominados direitos de cidadania, que são o conjunto de direitos e obrigações civis, sociais, políticas, econômicas e culturais, dispostos nas normas, e que servem como requisito para que assim possa conviver em sociedade, subordinando os seus interesses aos da comunidade em que vive (sociedade civil) (JUNIOR; OLIVEIRA, 2002, p. 255).

Posenato (2002) afirma que em certo sentido a cidadania apresenta-se como um conceito jurídico incutido de sentido político. Assume conteúdos e características diversificados em relação aos regimes políticos e às formas de Estado que distinguem os ordenamentos nacionais. Está sujeita às exigências de caráter social e democrático, historicamente contextualizadas.

> El debate sobre ciudadanía y diferencia es en la actualidad un de los debates teóricos más intensos y está anclado exactamente en la conflictiva relación entre la ciudadanía como pertenencia a una comunidad y la ciudadanía como igualdad de derechos. Las exigencias de pertenencia a una comunidad transcienden las condiciones de la ciudadanía como “status legal”, lo cual se ha hecho manifiesto en la forma en que muchos grupos se han sentido excluidos de la “cultura común” (mujeres, minorías étnicas o religiosas, etc.) pese a poseer el mismo status legal y los derechos comunes propios de la condición ciudadana invocando su identidad sociocultural como “diferencia”. La universalidad de la condición de igualdad ciudadana, desde el punto de vista del status legal, oscurece y niega estas diferencias, lo que tiende a convertirlas en obstáculos insalvables a la integración a una comunidad política. Estos grupos (en algunos casos simplemente “categorías sociales” sin identidad de grupo), tiene necesidades específicas y sólo pueden ser integrados a la comunidad política si adoptamos la concepción de una “ciudadanía diferenciada” que incorpore estas especificidades como condiciones inseparables para la participación de cada uno en la “res-pública”. Cuando estos grupos son tales [...] la clave de la incorporación no pasa a través del reconocimiento de las diferencias específicas de los individuos como individuos sino como pertenecientes a un grupo. Los reclamos de autogestión [...] o de representación especial en las instituciones políticas de algunos grupos [...], o de “derechos multiculturales” (por ejemplo, los que permiten condiciones de integración “especiales” de los inmigrantes, y que según sus detractores tienden a crear un “confuso hogar a médio camino” entre la antigua nación y su nueva ciudadanía) forman parte de este tipo de demandas (MOREIRA; PELLEGRINO, 2001, p. 114-5).

Para Moreira e Pellegrino (2001), a definição de nacionalidade refere-se ao pertencimento a uma nação, é formar parte de uma comunidade de pessoas cujos membros estão unidos por um sentimento de solidariedade, uma cultura comum e uma consciência nacional. Em relação ao conceito normativo de cidadania, trata-se de um conjunto de direitos exercidos pelos indivíduos, devendo ser iguais para todos os cidadãos. Esta definição inclui o conjunto de instituições que garantem o exercício destes ditos direitos.

Junior e Oliveira (2002) ressaltam que, no processo de globalização, a cidadania vem se apresentando sob formas distintas, concentradas nas diferentes relações dos grupos e atores sociais e na tentativa de incorporar o indivíduo nos contextos regionais e globais como cidadão do mundo. Também é freqüente a idéia de que cidadania, antes de constituir um vínculo jurídico aos efeitos da submissão dos indivíduos a um determinado governo, seja sinal de pertinência a uma coletividade territorial (LEITA, 2002).

Simultaneamente à evolução dinâmica e singular dos processos do regionalismo e da globalização, voltados ao âmbito econômico e das conseqüências que por isso causam aos cidadãos, o conceito clássico de cidadania – cidadania nacional – 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. Projeta 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 (JUNIOR; OLIVEIRA, 2002).

Jus soli significa o critério de atribuição da nacionalidade ao indivíduo nascido em território sob a jurisdição do Estado. E *jus sanguinis*, a nacionalidade estendida ao filho de nacional, independentemente do local de seu nascimento (DEL'OLMO, 2002).

> La ciudadanía por ascendencia de acuerdo al *jus sanguinis* o "derecho de sangre" se basa en la consideración de que el status de nacionalidad de una persona es el mismo que el de sus padres (en algunos casos puede tratarse de ambos, en otros, de uno de ellos) en el momento del nacimiento (MOREIRA; PELLEGRINO, 2001, p. 118).

Ainda, segundo Del'Olmo, os países de emigração preferem adotar, via de regra, o critério *jus sanguinis*, que permite estender a tutela e proteção do Estado aos estrangeiros no conjunto de seus nacionais.

Na concepção de Bastos (2001), a cidadania mundial estende-se a todos os indivíduos, até àqueles então considerados não-cidadãos – os estrangeiros. Vale dizer que se

estende 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 assim todos os indivíduos tornarem-se cidadãos.

Para o Estado, todo individuo é nacional ou estrangeiro, estando unido ao Estado pelo vínculo da nacionalidade, o qual representa um vínculo jurídico que designa quais são as pessoas que fazem parte da sociedade política estatal. Bastos ainda ressalta a inexistência de normas jurídicas de direito internacional que fixam critérios uniformes para outorga da nacionalidade (BASTOS, 2001).

> En la tradición anglosajona, los países que siguen la *common-law*, el concepto de nacionalidad tiende a reforzar el principio de territorialidad, mientras que en los países de tradición de Derecho Romano el principio de nacionalidad no está determinado por un vínculo territorial sino por relaciones personales. En esta concepción, el Estado es considerado una corporación de individuos-miembros y la nacionalidad es obtenida por herencia (o ascendencia). De allí de desprende la prevalecía del *jus soli* en los países de tradición en la *common-law* y del *jus sanguinis* en los de tradición vinculada al Derecho Romano (MOREIRA; PELLEGRINO, 2001, p. 118).

O Brasil, na outorga da nacionalidade, adota o critério *jus solis.* Neste caso são brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, mesmo que sejam de pais estrangeiros e desde que estes estejam a serviço do país. Desta forma, entende-se que nascer no território brasileiro significa nascer em qualquer parte da extensão geográfica e continental brasileira (BASTOS, 2001).

Segundo Bastos (2001), a legislação brasileira através da adoção do critério *Jus solis*, para concessão da nacionalidade, pode produzir a iniqüidade social, em algumas situações específicas. No Brasil, a nacionalidade é unilateralmente concedida, ou seja, o Estado individualmente dita a legislação por força da qual se confere a alguém a condição de nacional, não figurando no direito internacional qualquer prerrogativa que contrarie essa condição, mesmo que seja a favor dos discursos integracionistas.

O processo de globalização econômica está alterando e desafiando as funções e as políticas do Estado-nação, enfraquecendo os vínculos territoriais que ligavam o cidadão ao seu Estado, seu sentido de identidade, e sua importância às fronteiras. As bases da cidadania nacional estão tornando-se fragilizadas. E, neste sentido,

> para superar os impactos do fenômeno da globalização e de suas conseqüências, a cidadania deve transcender aos limites do Estado-nação e ao princípio da nacionalidade, transnacionalizando-se, revestindo-se de características não-territoriais e não-nacionais e, fortalecendo-se de perspectivas democráticas, associando-se aos chamados novos movimentos sociais, ligados a âmbitos étnicos, sociais, ecológicos, civilizatórios, etc (JUNIOR; OLIVEIRA, 2002, p.16).

O princípio da universalização, segundo Bobbio (2004), refere-se à questão de que os mesmos direitos são para todas as pessoas as quais se encontram nas mesmas circunstâncias, situação, condição. Direitos universais tornam os cidadãos formalmente iguais – esta é a discussão teórica, porém, na prática sabe-se que não o são.

A universalização dos direitos do homem acontece de modo peculiar, pois para Bobbio (2004), proclamar o direito dos indivíduos, não importa em que parte do mundo se encontrem, é por si mesmo universal. Mas o autor ressalta que uma coisa é proclamar os direitos e outra é desfrutá-lo efetivamente.

Qualquer direito universal, como direito de cidadania, requer que o Estado oferte serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento, contemplando as demandas e necessidades dos cidadãos. Nesta região estudada, o acesso integral aos serviços de saúde por estrangeiros argentinos, no que se refere aos aspectos legais, não ocorre; sabe-se que ocorre o acesso por outras vias, mas não por direito.

2.2 Políticas de proteção social brasileira e argentina

São as constituições e convenções que reconhecem e estabelecem a proteção jurídica de alguns direitos, consistindo num momento de formalização dos acordos que estruturam a vida de cada uma das sociedades. No Brasil, a Constituição Federal, promulgada em 1988, reconhece e institui o acesso aos serviços de consumo coletivo na área social como um direito de cidadania.

> Considera-se que os direitos têm como objetivo explícito regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre indivíduos, grupos e classes e entre estes e o poder constituído. Enquanto principio regulador se submetem às alterações estruturais e conjunturais, perpassado pelas contradições e movimentos da sociedade civil, o que determina, por sua vez, mudanças nas relações entre esta e o Estado. Tais alterações podem ser identificadas de várias maneiras, sendo uma delas nas Constituições. Através dos textos constitucionais pode-se apreender as

> novas contratualidades entre os diferentes segmentos de classe, parametradas pelas exigências do movimento (SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004, p. 81).

A discussão e reflexão no campo dos direitos, imbricados no contexto social do qual emergem, é condição essencial para o desenvolvimento deste trabalho. A Constituição Federal foi um ponto de partida para as novas relações entre Estado e Sociedade; um marco significativo, principal da discussão de políticas sociais públicas enquanto direito, recebendo a denominação de "Constituição Cidadã". Na Constituição consolidaram-se os conceitos norteadores da constituição de novo padrão de direito social e política social adotado no Brasil, conforme destaca Pereira (2002, p.152):

> Graças à mobilização da sociedade, as políticas sociais tornaram-se centrais, nessa década, na agenda de reformas institucionais que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesta Constituição, a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios que, não obstante antigos no estrangeiro, soaram, no Brasil, como inovação semântica, conceitual e política. Os conceitos de "direitos sociais", "seguridade social", "universalização", "equidade", "descentralização político-administrativa", "controle democrático", "mínimos sociais", dentre outros, passaram, de fato a constituir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país.

Neste sentido, a Constituição instala um sistema público de Seguridade Social que objetiva prover o mínimo de proteção ao indivíduo. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Assistência Social, à Saúde e à Previdência Social, tornando-se assim partes integrantes da rede de proteção social pública. Saúde e Assistência Social de caráter distributivo e a Previdência Social de caráter contributivo. Os primeiros são financiados com recursos do tesouro nacional e o último com uma base ampliada de contribuições, sobressaindo-se a contribuição dos empregados e empregadores.

O reconhecimento dos direitos sociais veio acompanhado de novos princípios políticos pertinentes a uma formulação mais estruturada: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços a populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; eqüidade na forma de participação no custeio; dentre outros (BRASIL, 1988).

Os princípios acima apontam, por um lado, para a democratização dos recursos e das políticas sociais, no entanto o seu cumprimento não tem sido alcançado na íntegra. Fica evidente a dicotomia entre o discurso e a prática, especificamente nos municípios de fronteira do Brasil. Na área da saúde, Pereira (2002, p.155), enfatiza que,

> foi concebido um sistema único – o SUS – que, operando sob a forma de rede integrada, descentralizada e regionalizada, intentava instituir no Brasil o atendimento igualitário de toda a população. É nesse sentido que o SUS pode ser considerado a proposta que, no contexto da Seguridade Social, incorporou com mais fidelidade o princípio da universalização da cobertura do atendimento e mais enfaticamente renegou a atenção seletiva e elitizada das políticas sociais de extração neoliberal.

A partir deste momento, percebem-se alguns avanços no campo da universalização de direitos sociais – transição da concepção de favor, de benefício para o campo da política social. É neste contexto que efetivamente explicita-se a responsabilidade do poder público frente às demandas e necessidades, que são determinadas pelo modelo de organização econômico e social vigente.

O desafio colocado para a sociedade é constituir de fato esses direitos a partir de uma herança, segundo a qual as políticas sociais são segmentadas entre o mercado e o Estado ou entre o direito contributivo e a filantropia. O que significa, em outros termos, a luta pela universalidade dos direitos sociais numa sociedade conhecida e reconhecida pelos níveis de desigualdade social apresentada.

A universalidade significa o acesso aos bens públicos essenciais como um direito do cidadão, independente da sua situação social, sem discriminação; a saúde como direito é responsabilidade do Estado devendo ser financiada com recursos dos orçamentos públicos das distintas esferas de governo.

Cabe lembrar que, com a Constituição de 1988, a instância municipal adquire um novo estatuto no plano federativo, uma nova visão, através do processo de descentralização político-administrativa. Desta forma, inaugura-se um novo jeito de estabelecer relações entre instâncias governamentais e sociedade civil. Neste sentido implica à instância municipal executar, prestar o atendimento e gerir as políticas públicas.

No que se refere à operacionalização da política social, torna-se fundamental resgatar o município por ser o nível da administração pública mais próxima do cidadão. O município é

o *lócus* de referência da dinâmica social, de demandas, no levantamento dos problemas, no planejamento e na implementação das ações. É um espaço onde os sujeitos sociais se relacionam, produzem e reproduzem as relações sociais.

No Brasil, com a municipalização das políticas públicas possibilita-se a tomada de decisão mais próxima do local onde os fatos acontecem, permitindo, em tese, uma resposta mais imediata e concreta. Através deste princípio, os municípios são atores importantes neste processo de efetivação das políticas públicas e de garantia de direitos de cidadania.

As formas e os ritmos da descentralização variam conforme implantação em cada região do país e em cada área das políticas sociais. Paradoxalmente, a descentralização política e administrativa pode ser concebida através de duas perspectivas. Uma é compreendê-la como delegação de poder; já outra é traduzí-la em termos de transferência de encargos e de responsabilidades.

Contrapondo-se a esta última perspectiva, a descentralização política e administrativa foi um dos grandes avanços contemplados na Constituição. Esta reorganização implica, entre outras ações, na necessidade de elaboração de Planos Municipal, Estadual e Nacional. A exigência se orienta no sentido da superação de modelos, no qual se praticam ações isoladas, descontínuas, a fim de conjugar os esforços e otimizar os resultados. A descentralização deve ser resgatada enquanto movimento coordenado e articulado entre os diferentes níveis do governo, sustentando-se ao produzir efeitos positivos quando organizada.

As instituições que operacionalizam os serviços nos municípios são efetivamente os espaços concretos de acesso aos bens e serviços. Pode constituir-se em um espaço de reiteração da subalternidade dos usuários ou contribuir no avanço de sua cidadania. Através dos programas e serviços desenvolvidos, pode constituir-se em um espaço que possibilita o acesso real a recursos e, conseqüentemente, de expansão de direitos.

A partir da promulgação da legislação complementar à Constituição de 1988 – leis orgânicas da saúde, da assistência social e da previdência – tem-se uma tendência à democratização das políticas sociais, além de se perceber que alguns avanços se mostram no campo da universalização de direitos sociais – transição da concepção de favor, de benefício para o campo da política social. Neste contexto efetivamente explicita-se a responsabilidade do poder público frente às demandas e necessidades, determinadas pelo modelo de organização econômico e social vigente.

A irrefreável universalização dos direitos sociais trouxe novos desafios para o Estado, problematizando o desempenho governamental e a eficácia/eficiência da administração pública. Segundo Nogueira, M. (1998), o Estado sobrecarregou-se de atribuições e de todos os lados da vida política há disparos contra ele, como aparato de intervenção, de articulação societal, espaço de construção de um interesse público.

O Brasil inicia a década de 1990 vivendo uma tensão entre o projeto de redemocratização e de garantia de direitos, decorrentes das lutas pelo fim do Regime Militar, e o projeto de rearticulação das forças conservadoras. Estas passam a se guiar pelo ideário neoliberal, propondo contenção de direitos, uma redução do tamanho do Estado e uma nova forma de inserção do Brasil na divisão internacional do trabalho. Esse debate vai marcar as proposições de políticas sociais apresentadas pelos governos brasileiros nesse período.

Nas duas últimas décadas, o Brasil tornou-se, concomitantemente, um país mais capitalista e mais injusto, promovendo uma rápida e desigual modernização (NOGUEIRA, M. 1998). A sociedade urbanizou-se, novos atores sociais contribuíram para uma maior democratização do país. Ao mesmo tempo em que a economia capitalista se fortaleceu, cresceu a desigualdade social, a desigual distribuição de renda e o agravamento da questão social no país (NOGUEIRA, M. 1998).

A década de 1990 foi assinalada sob o signo da reforma e da inovação, quando se generalizou um discurso reformador concentrado na diminuição do Estado e na valorização do mercado. Falava-se em reforma de Estado, em diminuição do tamanho e de suas funções, em ajustes.

> Expressões como mercado, privatização, *empowerment* e administração gerencial foram incorporadas ao léxico brasileiro. A idéia mesma de que se fazia necessária uma reforma inadiável cristalizou-se na opinião pública balizada pelo argumento de que seria preciso preparar o país e ajustar sua economia para a nova competitividade internacional, recuperando o tempo perdido nas décadas anteriores, em que se teria vivido sob as asas de um Estado gigantesco, ineficiente e perdulário (NOGUEIRA, 2004, p. 38).

Nessa década pôs-se em curso um ciclo reformador, abrangendo as dimensões fiscais, financeiras e patrimoniais do Estado. A reforma, para Nogueira (2004), foi concebida para promover um desempenho estatal significativo frente à introdução de formas inovadoras de gestão e de iniciativas para ultrapassar o modelo burocrático, descentralizar os controles gerenciais, flexibilizar normas, estruturas e procedimentos.

Em relação ao país vizinho, a Argentina, no que se refere às políticas sociais de proteção social, Rotondi (2006, p.03) afirma que,

> la instalación de las políticas de protección, plantean dos aspectos que operan como cara y contracara, por un lado el intento de sostener un principio hipotético de "igualdad" (de clase, de género, de condición etarea, de raza, etc) y por otra parte cómo la sociedad objetiva y tolera sus desigualdades. En tal sentido las políticas de protección en Argentina, han conformado un mosaico que durante la década de los noventa debilita de manera notable la fuerza de la universalidad de los derechos. Y se debilitan además las prestaciones sociales de manera profunda, condicionando también el acceso a las políticas de protección. Las políticas de asistencia se instalan a instancias de una combinación de ajuste y compensación impulsada además por los organismos internacionales. Estas políticas cambian el mapa posible de los derechos sociales y de la protección social, dejando expuesta la fragilidad de la universalidad en Argentina.

Segundo Rotondi (2006), as políticas de proteção e assistência social na Argentina põem em questão os direitos sociais, na medida em que inverte a obrigação da contraprestação, exigindo dos sujeitos esta contribuição. Parte-se da ótica que os direitos sociais supõem uma perspectiva de garantia da cidadania e nesta esfera envolvendo a ação do estado, indicando para este a idéia de obrigação no seu provimento. Aqui se instala um grande conflito marcando os debates atuais das políticas de (des)proteção social neste país. Nessas políticas existe a idéia de contraprestação por parte dos sujeitos em projetos e programas sociais, deixando visível o descomprometimento do Estado frente a esta área. A assistência na Argentina tem um caráter disciplinador e, nesta direção, o programa que deixa mais claro tal situação é o "trabajar (1996)", no qual se utilizava a contraprestação para sustentar a mão de obra da obra pública.

> Un hito en la formulación de éstas políticas fueron los hechos del 2001, del 19 y 20 de diciembre, luego de los cuales una nueva versión fue el programa de emergencia ocupacional jefas y jefes de hogar desocupados – derecho familiar de inclusión social. "(Plantean en su formulación) […] resulta obligatorio instrumentar medidas necesarias y adecuadas para salir de la difícil situación por la que atraviesa un importante sector de la población", (Decreto nacional 165/02 y 565/05). Estos programas que reeditan en cierta forma el plan trabajar, dependen del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad social, y define como beneficiarios jefes/as de hogar con niños a cargo. El programa plantea una contraprestación que se desarrolla en institución estatal o en algún proyecto social, con una asignación horaria de cuatro horas. Puede eventualmente articularse a empresas en la medida que se complete el salario con recursos propios y por un período determinado […] (ROTONDI, 2006, p. 10).

Há uma grande dualidade na proteção social, pois de um lado existem seguros de gestão mercantil, para os trabalhadores formais e, por outro, uma precária prestação do setor público para os demais cidadãos. Concomitantemente convivem políticas assistenciais que combinam normas e prestações para a inclusão social. A cidadania na Argentina está condicionada e atribuída às obrigações dos sujeitos.

> Sin duda el costo de la idea de ciudadanía centrada en las obligaciones de los sujetos, y donde la autosuficiencia, es una obligación individual y/o familiar, pero queda fuera de la órbita de las obligaciones del estado. En ese sentido los deteriorados derechos sociales, de no reconvertirse cultural, política y económicamente, plantean un horizonte devastador, en el cual la desintegración está más cercana sin duda que la universalización de los derechos (ROTONDI, 2006, p. 11).

Estão assinaladas como políticas universais na Argentina as políticas de educação e as políticas de saúde, na qual persiste o nexo corporativo. As políticas assistenciais públicas no campo da saúde são unicamente garantidas à população excluída do mercado formal de trabalho. No que se refere às políticas de saúde, a reforma de saúde subsiste,

> planteando un criterio universal pero que se desarrolla con arreglos corporativistas que se articulan a las políticas de seguridad social y obras sociales. […] Las reformas en el sistema de salud se plantearon a partir de obstáculos del financiamiento, y esa situación definió por ej. y el alejamiento de sectores medios de la salud pública (ROTONDI, 2006, p. 04).

Promoveu-se, tanto no Brasil como na Argentina, uma desconstrução do Estado, mediante a utilização de mecanismos de privatização, descentralização, cortes e redução funcional. Um dos principais resultados deste reformismo foi a desvalorização do Estado por parte dos cidadãos, uma imagem negativa disseminada na opinião pública e a desorganização de seu aparato técnico e administrativo. O Estado tornou-se um inimigo, um “mal necessário”.

No projeto de desenvolvimento, baseado em políticas de recorte neoliberal, os direitos sociais apareciam como vilões a serem combatidos, pois oneravam o capital e dificultavam a competitividade das empresas brasileiras no cenário da concorrência internacional.

> Ora apresentados como “privilégios”, ora grosseiramente mistificados como “injustiças”, e, sobretudo postos como “financeiramente insustentáveis”, os direitos

> sociais foram objeto de mutilação, redução e supressão em todas as latitudes onde o grande capital impôs o ideário neoliberal; o Brasil de FHC, quanto a isso, apenas reiterou a receita: a governabilidade do país, conforme a equipe de FHC dependia fundamentalmente da flexibilidade desses direitos (NETTO, 2003, p. 81).

A flexibilização foi implementada através de uma política macroestrutural que manuseava instrumentos de intervenção em áreas específicas de forma a "cortar direitos", desestimular a luta pela manutenção dos mesmos e inibir a reivindicação de novos direitos.

O cidadão foi incentivado a buscar sua manutenção e sobrevivência por si mesmo, no mercado, no esforço individual ou ainda em organizações da sociedade civil. A sociedade civil está sendo um espaço de colaboração, de parceria e de solidariedade, resgatando-se o Estado enquanto aparato de regulação, elaboração e coordenação de políticas.

Nesta perspectiva, ao Estado cabe agora cumprir funções limitadas e proteger apenas os segmentos mais excluídos da população. Ao invés de construir um novo Estado, a reforma neoliberal propôs a sua desconstrução, desenhando uma imagem negativa e compreendendo a reforma como algo para comprimir o Estado e não objetivando melhorá-lo.

Vive-se num período marcado por transformações societárias, afetando a vida social dos indivíduos. Presencia-se um quadro de significativas mudanças no padrão de regulação do Estado na sociedade, muito diferente daquele instaurado no pós-guerra; um processo de descomprometimento do Estado com o social, com as políticas públicas. As transformações societárias no âmbito do capitalismo, na esfera de produção e nos processos de trabalho, inauguram um novo padrão de acumulação flexível, com repercussões nas relações entre Estado e Sociedade Civil.

As políticas sociais públicas em seu processo de elaboração, implantação e resultados estão atreladas às formas de exercício de poder político. Como o poder é uma relação que envolve atores com projetos e interesses distintos e, muitas vezes, contraditórios, há necessidade constante de realizar mediações sociais e institucionais para que se possa obter um mínimo de consenso.

Perante este quadro, que não se resolve com ações paliativas, a adoção de políticas compensatórias é uma constante e as abordagens emergenciais diante dos problemas sociais, das desigualdades, são as formas mais adotadas. As políticas compensatórias aliviam, atenuam os problemas sociais, mas por si só não atingem nem resolvem a raiz destes. Possibilitam o convívio continuado com a reprodução da injustiça social. Os programas

sociais compensatórios resultam de uma visão fragmentada do social, caracterizando-se pela busca de estratégias de dominação por parte do Estado e de estratégias de sobrevivência por parte dos usuários marginalizados, subalternos e em situação de vulnerabilidade social.

Considerando o exposto até agora, pode-se afirmar então que existe, na verdade, uma grande lacuna entre os direitos garantidos em Lei e a efetividade dos mesmos, enquanto respostas aos *mínimos*, hoje compreendidos como direitos *básicos* dos cidadãos. Embora expressando o caráter contraditório das lutas sociais, as políticas sociais públicas brasileiras muitas vezes contribuem para reiterar o perfil da desigualdade econômico-social e mantêm sua característica de ser uma ação paliativa e submersa. Na sociedade, segundo Pereira (2002, p. 96), num mundo de escassez torna-se difícil pôr em prática direitos sociais e econômicos, sendo melhor conceber as políticas redistributivas como "caridade", e não como direito de cidadania.

Neste sentido, observa-se que a execução das políticas sociais está fortemente vinculada ao caráter compensatório. Ainda não foi possível concretizar a articulação entre as políticas sociais, tampouco universalizar os direitos. O que ocorre são ações específicas, serviços fragmentados para segmentos específicos, priorizando os vulnerabilizados.

A tendência que existe de mobilização mundial pelo direito à diferença, é um tanto quanto paradoxal, pois o próprio sistema capitalista, na sua gênese, cria e estabelece as diferenças, os antagonismos. Sabe-se que uma pequena parcela da população domina e tem acesso à riqueza social e economicamente produzida, enquanto a maioria encontra-se alheia a este processo – excluídos do mundo do trabalho, da sociedade, do acesso às políticas sociais públicas e dos direitos garantidos em leis.

A questão do acesso aos serviços de saúde no MERCOSUL, contudo, não é de simples abordagem seja no aspecto institucional seja no político. Avançar na reflexão das repercussões da integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde, a partir das regiões de fronteiras, pode contribuir para antecipar questões na plena vigência do MERCOSUL.

Há uma distância entre as medidas implementadas pelos acordos do MERCOSUL e o cotidiano vivido por esta população de fronteira (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006). Pode-se afirmar que a integração entre os países ainda permanece enquanto representação, muito mais no discurso do que concretamente na vida real. Os brasileiros e argentinos, ainda que próximos geograficamente, encontram-se distanciados por legislações nacionais.

Salienta-se ainda que a discussão do novo momento do capitalismo globalizado afeta diretamente o espaço das fronteiras na medida em que incentiva e promove a abertura política e econômica para o capital.

Em relação aos direitos, a atualidade evidencia que é preciso lutar de uma forma diversa pelos direitos civis, políticos e sociais. Uma iniciativa que vem se destacando é a realização da Cúpula Social, com o programa "Somos Mercosul" [13].

Este programa enfatiza as dimensões política, social, trabalhista, ambiental e cultural da integração regional, em complementação às dimensões comercial e econômica. Apela para a intensificação do diálogo e para o aprofundamento da dimensão política como caminho mais adequado para a integração regional. Enfatiza-se que a ampliação dos horizontes da participação cidadã na tomada de decisões sobre o destino do MERCOSUL deve nortear a reforma institucional e visar o fortalecimento das políticas públicas regionais de caráter social. Estas indispensáveis para garantir a sustentabilidade do desenvolvimento do bloco e assegurar que os benefícios advindos da integração sejam distribuídos de forma equânime, revertendo-se em melhoria da qualidade de vida de nossas populações.

Nesta perspectiva, o programa "Somos Mercosul" entende que a saúde é um direito universal, integral, que promove igualdade e exige participação, para que o desenvolvimento com justiça social seja alcançado. Políticas conjuntas de saúde são ferramentas para promover a qualidade de vida de todos os povos. Torna-se necessária maior articulação entre os países envolvidos, a fim de otimizar resultados, revisar e atualizar temas prioritários e de interesse comum. Ressaltam atenção para as alterações e os avanços nos aspectos assistenciais, sanitários, tecnológicos, ambientais e de recursos humanos nos países do MERCOSUL e estimular, junto à sociedade civil, a gestão participativa e o controle social.

O programa também se compromete com a promoção e a proteção dos direitos humanos no MERCOSUL e Estados associados, enfatizando a importância de assegurar o direito a todos; em especial, deve ser dada atenção aos direitos dos povos originários, particularmente nas regiões de fronteira. É prioridade a formulação de um marco jurídico na defesa dos direitos dos migrantes nos países do MERCOSUL e Estados Associados. Seria reconhecer o direito humano a migrar como direito à livre circulação e fixação de residência, enfatizando a necessidade de garantir a segurança humana de todos os migrantes

[13] Esta construção baseou-se na Declaração Final da I Cúpula Social do Mercosul construída pelos representantes dos movimentos sociais e populares, ONGs, e governos dos cinco países membros do Mercosul, integrantes do programa Somos Mercosul, reunidos em Brasília nos dias 13 e 14 de dezembro de 2006. Disponível em: <www.somosmercosur.org> Acesso em: 15 de janeiro de 2007.

independente de seu status migratório, denunciando e coibindo as violações de direitos humanos nas fronteiras.

Outra iniciativa que vem se destacando também é o Polis – Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais[14]. É uma Organização-Não-Governamental de atuação nacional, constituída como associação civil sem fins lucrativos, apartidária, pluralista e reconhecida como entidade de utilidade pública nos âmbitos municipal, estadual e federal.

O instituto Polis foi fundado em 1987, sendo que a cidade e a atuação no campo das políticas públicas e do desenvolvimento local definem a sua identidade. A cidadania é o eixo articulador de sua intervenção dirigida à construção de cidades justas, sustentáveis e democráticas.

O Programa Mercosulsocial e Solidário é uma Plataforma de Ação integrada por 18 organizações não governamentais (entre elas, o Instituto Polis), da Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai que, com o apoio e o financiamento do Comitê Católico Contra a Fome e a favor do Desenvolvimento (CCFD) e a União Européia, buscam incorporar a dimensão social no processo de integração regional. Compõem a Plataforma os seguintes países e suas respectivas instituições:

- Argentina: Ação Educativa, Canoa, Cenepp, Fec, Idep, Incupo, Indeso-mulher e Nueva Tierra;
- Brasil: Cedac, Centrac e Instituto Pólis;
- Chile: Eco e Pet;
- Paraguai: CDE, Decidamos e Sepa;
- Uruguai: CCU e CPP.

O Programa Mercosulsocial e Solidário busca o fortalecimento da participação cidadã e a consolidação da democracia nestes países. Busca-se também conseguir a incorporação da dimensão social no processo de integração regional e o exercício da cidadania dos países da região, privilegiando os setores e lugares nos quais existe maior necessidade de potenciar a participação cidadã. Para tanto, tem-se os seguintes objetivos: promover os direitos humanos fundamentais: políticos, econômicos e sociais dos grupos sociais mais desfavorecidos; fazer possível que os atores sociais tenham mais e melhores

14 Todas as informações do programa foram pesquisadas em: <http://www.polis.org.br/tematicas.asp?cd_camada1=20&cd_camada2=130> Acesso em: 02 de maio de 2007.

ferramentas para defender e promover seus interesses no processo de integração regional do Mercosul; encarar novas relações entre Estado e sociedade, promovendo uma cidadania ativa, que não visualize somente aos cidadãos(ãs) como eleitores(as), e sim como protagonistas nos assuntos públicos, tanto locais como nacionais e regionais, e com conhecimento de seus direitos; apoiar aos atores sociais para fortalecer as organizações, e potenciar a criação de redes, alianças e estruturas que permitam incidir efetivamente na implantação de políticas públicas em toda a região.

As organizações que compõem a Plataforma do Programa querem um MERCOSUL diferente, integrado por países onde o relevante sejam os direitos e o bem-estar do povo, construído a partir da participação ativa da cidadania, de sua incidência e seu envolvimento, superando as idéias economicistas, que sempre privilegiaram o mercado e certos interesses empresariais, excluindo os mais amplos setores sociais.

Portanto, para finalizar este item, entende-se a cidadania enquanto construção política; uma cidadania ativa no exercício de seus direitos políticos, civis e sociais em um Estado de Direito legitimado, com a participação dos cidadãos nos processos de formulação, iniciativa e implantação das políticas públicas. E, aqui especialmente, com acesso às ações e serviços de saúde, pois a cidadania implica em garantia de direitos.

2.3 O direito à saúde no Brasil e na Argentina – uma revisão comparativa

Entendendo que acessibilidade e determinantes em saúde influenciam a demanda dos usuários estrangeiros (argentinos) pelos serviços de saúde no Brasil, na Região Fronteira Noroeste do Estado do RS, torna-se necessário caracterizar e comparar a concepção de direito à saúde, modelos de gestão e financiamento adotados pelo Brasil e Argentina.

No que se refere aos sistemas de saúde dos demais países, no MERCOSUL, os Estados-Membros possuem distintos desenhos de políticas de saúde tanto nos aspectos organizacionais e financeiros quanto de cobertura. Ainda que exista contigüidade no território epidemiológico e sanitário para além das fronteiras, os países têm perfis populacionais, de infra-estrutura e de responsabilidades sanitárias variados. Neste sentido, percebe-se a existência de entraves no processo de integração, pois há uma diferenciação nos níveis de desenvolvimento social e econômico entre os países integrantes do MERCOSUL. Embora longe de uma ação de regulação dos serviços de saúde para a integração regional, essa

situação favorece acordos de cooperação e oferece paradigmas para a harmonização no campo da saúde no MERCOSUL.

No que se refere ao Brasil, o comprometimento com a saúde teve como marco principal a Constituição Federal de 1988, sendo que,

> o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (Bravo, 2006, p. 96-7).

A partir do texto constitucional, a saúde no país hoje é um sinônimo de direito e de dever social. Através das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tem-se regulamentado os itens que na Constituição referem-se à saúde. Em relação a isso, a Constituição Federal de 1988[15] apresenta:

> Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II - Dos Direitos Sociais:
>
> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
>
> Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposições Gerais:
>
> Art. 194 A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
>
> Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
>
> I - universalidade da cobertura e do atendimento;
>
> II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
>
> III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
>
> IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
>
> V - eqüidade na forma de participação no custeio;
>
> VI - diversidade da base de financiamento;
>
> VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.
>
> 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

[15] Informações disponíveis em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const> Acesso em: 17 de janeiro de 2007.

> agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
>
> Art. 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Neste sentido, conforme indica documento da CEPAL (2006, p. 91), destaca-se que,

> el estado ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población a cargo del Sistema Único de Salud (SUS). Esta tiene como objetivo la equidad en la distribución de recursos públicos, lo que se refleja en que la mayor parte de la población utiliza los servicios del SUS. [...] Los servicios están a cargo de los tres niveles de gobierno: federal, estadual y municipal, y una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios con el sub.-sector privado. En este sentido, se observa un proceso de descentralización gradual.

A Constituição Argentina, no capítulo II, das Declarações, Direitos e Garantias Individuais, versa sobre direitos garantidos ao cidadão. Especificamente, o direito à saúde não se encontra explícito, não há uma menção específica, considerado, portanto, um direito implícito, conforme indica o artigo 14°:

> El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: e 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 familiar y el acceso a una vivienda digna (Constitución de la República Argentina apud SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004, p. 85).

Porém, não estar o direito à saúde consagrado na Lei Suprema e não existir nenhuma norma que expresse tal direito, não significa que o Estado não contemple as políticas de saúde (SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004, p. 84). Torna-se necessário analisar e compreender a lei a partir do artigo 33° sobre a questão da ausência do direito. Neste artigo, sobre as normas dos direitos implícitos, a Constituição argentina afirma que:

> 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 (Constitución de la República Argentina apud SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004, p. 85).

Através dos artigos citados, pode-se observar que a Constituição brasileira promulga a saúde como um dever do Estado e sua garantia é de relevância pública. O conceito de saúde apresentado nesta constituição difere muito do apontado na Constituição argentina. Aqui o conceito é claro bem como explícito o comprometimento do Estado em garantir tal direito ao cidadão.

Salienta-se, ainda, no artigo 198, a constituição de um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e finalmente a participação da comunidade. Este sistema será financiado, conforme artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de prever outras fontes para o seu financiamento (BRASIL, 1988).

Analisando os demais países membros do MERCOSUL, no que se refere à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o Brasil é o único país a apresentar tal assertiva com detalhamento de ações, serviços, financiamento e principalmente instituindo um sistema único de saúde, que se propõe ser universal e integral, no atendimento e no acesso.

As autoras Simionatto, Nogueira e Gomez (2004) apresentam um quadro comparativo sobre os princípios normativos do sistema único de saúde dos países membros do MERCOSUL, do qual se resgatou os aspectos referentes à Argentina e Brasil. Neste, pode-se perceber que há diferentes concepções sobre o direito à saúde, princípios, objetivos, financiamento e gestão dos sistemas nos dois países.

No que se refere às categorias descritas abaixo, as autoras destacam, nos seguintes países:

Categorias	Argentina	Brasil
Concepção de direito à saúde	Direito à saúde para toda a população, enfatizando a redução de riscos mediante ações especialmente dirigidas à população marginalizada e em situação de pobreza estrutural ou em situações bio-psico-sociais potencialmente perigosas.	Saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Princípios do sistema de saúde	Equidade e solidariedade. Melhorar a acessibilidade, eficiência e qualidade da atenção médica mediante extensão de cobertura para todos, com ações de melhor nível de qualidade e menor custo econômico e social possível.	Universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações; utilização da epidemiologia para definição de políticas; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; resolutividade em todos os níveis; organização dos serviços públicos evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.
Concepção de saúde	Saúde como condição de bem-estar favorecendo uma vida social e economicamente produtiva.	Fatores determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
Objetivos do sistema de saúde	Coordenar e integrar as ações do setor saúde com outros setores sociais do governo; mobilizar recursos financeiros, humanos, tecnológicos e de infra-estrutura relacionados à atenção à saúde; incorporar recursos normativos, organizativos e de gestão adequados à realidade política, econômica, social, cultural e sanitária que melhorem em curto prazo os problemas vinculados a eficiência, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde.	A identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, o direito à saúde; a assistência de pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
Gestão	Implementar um sistema de atenção que garanta a equidade, eficácia e eficiência enfatizando a otimização dos recursos disponíveis; orientar os setores públicos e privados para a organização e funcionamento do sistema e recursos de saúde tendo como eixo a descentralização e o desenvolvimento de redes locais de complexidade crescente, a coordenação e complementação dos prestadores de serviços de saúde e as necessidades e demandas da população – atenção primária de saúde; regionalização através de sistemas locais de saúde (SILOS), distritos e áreas programáticas.	Ações regionalizadas e hierarquizadas; direção única em cada esfera de governo; possibilidade de consórcios intermunicipais de saúde.

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 União aos Estados e Municípios.

Fonte: Simionatto; Nogueira; Gomes (2004, p. 90-3).

No Brasil, a cobertura dos serviços públicos, complementados por serviços privados, contratados pelo Governo sob a responsabilidade do SUS é de 75% da população. Nos serviços hospitalares o sistema baseia-se predominantemente no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas, sendo que 80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviços ao SUS são privados. Na assistência ambulatorial 75% dos serviços prestados pelo SUS são efetivados em estabelecimentos públicos (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004).

A Norma Operativa Básica (NOB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) estabelecem as diretrizes para a operacionalização do SUS, detalhando a legislação da saúde. A NOB e a NOAS têm como tarefa consolidar o exercício das funções de gestão e do gerenciamento da instituição que disponibiliza os serviços aos seus habitantes. É definida por comissões intergestoras tripartite e bipartite, promovendo o processo de descentralização, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios e fortalecendo os processos de gestão compartilhada entre as esferas.

As ações e serviços de saúde do SUS são financiados com as receitas próprias de cada esfera de governo e com recursos provenientes de transferências intergovernamentais (federais e estaduais), depositados em uma conta especial em cada esfera de governo: o Fundo Nacional de Saúde, o Fundo Estadual de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde. Os Fundos de Saúde são geridos pelos órgãos do Poder Executivo (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde, que deliberam sobre a melhor destinação destes recursos para a execução da política de saúde. A participação de recursos financeiros provenientes de impostos e contribuições sociais arrecadados pelo nível federal é majoritária no financiamento do SUS. Os recursos federais são alocados aos estados, na forma de Tetos Financeiros, cujo montante é definido através de negociação na Comissão Intergestores Tripartite. Em cada estado, o teto estabelecido é, por sua vez, distribuído entre

os municípios, em um processo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (OPAS, 2001; BRASIL, 1990).

Entre 2000 e 2005, o gasto público total com saúde no Brasil (União, Estados, Municípios) cresceu mais de 110%, um aumento *per capita* nacional de US$ 110 dólares para US$153 dólares, conforme demonstra o quadro abaixo:

Ano	Orçamento executado pela União em ações e serviços públicos de saúde (R$ bilhões)	*Per capita* ano União (US$)	Orçamento executado pelos Estados em ações e serviços públicos de saúde (R$ bilhões)	*Per capita* ano Estados (US$)	Orçamento executado pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde (R$ bilhões)	*Per capita* ano Municípios (US$)	Total Brasil U+E+M (R$ bilhões)	*Per capita* ano Total Brasil U+E+M (US$)
2000	20.351	65,52	6.313	20,32	7.404	23,83	34.069	109,67
2001	22.474	55,42	8.270	20,39	9.269	22,86	40.013	98,67
2002	24.737	48,37	10.078	19,71	11.759	22,99	46.574	91,07
2003	27.181	50,09	12.224	22,50	14.218	26,17	53.633	98,68
2004	32.703	62,39	15.104	28,81	16.141	30,79	63.948	121,99
2005	36.475	77,47	17.633	37,45	17.920	38,06	72.031	152,97

Fonte: MS (2006, p. 32)

Quanto aos gastos totais em saúde do Brasil como porcentagem do PIB, em 2002, totalizou 3,6%, o que representa 0,3 pontos percentuais do PIB superiores à média da América Latina. A porcentagem do gasto brasileiro só é menor que os gastos da Argentina (4,5% do PIB) (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007).

Conforme discussão realizada nos itens anteriores, pode-se observar ainda no Brasil uma tensão entre a busca de redefinição das práticas de saúde em direção à universalidade, eqüidade e integralidade e os limites financeiros, políticos, técnicos e organizacionais para se alcançar a operacionalização desses princípios no cotidiano do sistema de saúde. Frente à discussão apresentada, cabe o questionamento sobre até que ponto o processo de construção do SUS vem conduzindo ou não a uma universalização do acesso da população aos serviços.

Torna-se necessário realizar uma análise reflexiva e avaliativa sobre o alcance ou não de índices de cobertura, acessibilidade, qualidade e efetividade dos serviços que traduzem os princípios da universalidade, integralidade e eqüidade incorporados à legislação sanitária do país em seu Capítulo Saúde, da Constituição Federal de 1988 e Lei 8.080 e 8.142 de 1990 (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2005).

Sabe-se que alguns programas – como o Programa da Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, etc. – representam a garantia do direito constitucional do acesso ao serviço de saúde, porém, muitas vezes, tal fato não se faz acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde como um todo e não atingem a totalidade da população que procura atendimento.

Percebe-se que há uma preocupação, por parte dos Estados-membros que integram o MERCOSUL, em estabelecer sistemas integrados de saúde que acolham as diferentes nacionalidades. Com interesse em solucionar o problema de acesso da população aos serviços de saúde nas fronteiras brasileiras, o Brasil criou em julho de 2005 o SIS-Fronteira, que se propõe a construir um diagnóstico e realizar ajustes nos sistemas locais de saúde de cento e vinte e uma cidades localizadas até dez quilômetros da linha de fronteira brasileira, estabelecendo assim um *per capita* maior por habitante para os municípios que aderirem aos propósitos de fronteira (CONASEMS, 2006).

O sistema de saúde na Argentina está estruturado e dividido em três setores principais que cobrem os diferentes grupos sociais – o setor público, o setor da seguridade social e o setor privado (DAL PRÁ, 2004). É um país federativo e, dependendo das características de cada governo provincial, encontra-se uma grande diversidade de formas de organização e gestão. Segundo Astorga, Pinto e Figueroa (2004), algumas províncias privilegiam a condução e administração nos Ministérios de Saúde Provinciais; outras propiciam a desconcentração destes Ministérios em entes regionais ou locais; e outras descentralizam os serviços para os municípios.

Na Argentina o sistema de saúde está ainda altamente concentrado na atenção especializada e hospitalocêntrica, concepção médico-hospitalar, um conceito não ampliado de saúde, não constando fatores condicionantes e determinantes e também não explicitando as categorias direito, política social, dever e o comprometimento do Estado em garantir tal direito à população. Há uma insuficiência de atenção a promoção da saúde e controle de enfermidades.

O Ministerio de Salud Pública y Ambiente de la Nación Argentina afirma a natureza solidária do sistema e a ênfase na medicina social e comunitária, assegurando um conjunto de ações efetivas, priorizando especialmente grupos de risco – crianças em idade escolar, grávidas, idosos, portadores de HIV, diabéticos. Um dos desafios de programar uma política nacional de saúde neste país é a independência dos vinte e três Ministérios que o compõem (NOGUEIRA, 2006).

O modelo de atenção médica do país centra-se na especialização e uso de altas tecnologias, em detrimento dos programas de promoção, prevenção e de atenção primária. O sistema está fundamentalmente orientado para atenção médico-curativa das doenças e centrado na instituição hospitalar.

Sobre a gestão, pode-se afirmar que esta se volta para o atendimento em redes locais e sistema de atenção médica à saúde; no financiamento são previstas apenas duas fontes de recursos – orçamentários e contribuições dos trabalhadores – repassados às empresas que prestam assistência médica. Observa-se a persistência de uma forte fragmentação entre setores público, privado e seguridade social.

Uma das principais causas do mau desempenho do sistema de saúde da Argentina deriva da fragmentação entre os subsistemas de saúde existentes. Ou seja, a deficiente articulação dos subsistemas, a desigualdade nos níveis de financiamento e de qualidade da atenção, as barreiras, como por exemplo, econômicas, ao acesso de alguns grupos populacionais aos serviços de saúde (OPAS, 1998).

Nesta legislação não está explícita a universalização do atendimento à saúde a toda a população, além de não estarem previstas atividades e/ou ações na categoria controle social.

> Argentina mantiene un sistema de alta segmentación sin coordinación, con tres subsectores diferenciados e incluso fragmentados entre sí, escaso poder del gobierno central frente a la autonomia de las provincias, continuada desigualdad entre las entidades del seguro social, y falta de un marco regulador común para el subsector privado (salvo las prepagas), se requiere una reforma profunda en que gradualmente sean integrados o al menos coordinados los subsectores, se establezca un marco regulador general para todo el sistema incluyendo todas las aseguradoras y proveedoras, se redistribuyan los recursos coparticipados del gobierno central y las provincias a fin de crear mecanismos para la adopción de políticas consensuadas que reduzcan las desigualdades regionales y entre provincias. Además es esencial que las normas se ejecuten, especialmente en las provincias y en el subsector privado. La actual complementación entre las OS (obras sociais) provinciales y servicios públicos provinciales justificaría la unidad de ambas entidades (CEPAL, 2006, p. 312).

O aumento do desemprego no país vem colocando em risco o acesso da população aos serviços de saúde, tanto público como de obras sociais, levando em consideração que a maior parte da população (22 milhões de pessoas) tem cobertura dentro do sistema de saúde através das obras sociais. Diante deste cenário, o subsetor privado aumentou sua participação no provimento de serviços de atenção de saúde enquanto que as contribuições do subsetor público e das obras sociais diminuiu. O que se observa, por um lado, é uma fuga massiva de

filiados que deixam de contribuir comprometendo o seu financiamento e, por outro, uma sobrecarga no sistema público de saúde, principalmente na atenção hospitalar (NOGUEIRA, 2006).

A estrutura do sistema de saúde inclui uma variedade de instituições privadas (empresas de medicina pré-paga), públicas (sanatórios, clínicas e hospitais públicos) e semi-públicas (obras sociais), tanto para o financiamento como provisão de serviços.

O subsetor público ou oficial fornece os serviços através da rede pública, dos Ministérios de Saúde em seus três níveis – nacional, provincial e municipal. O Ministério da Saúde da Nação encarregado da regulação da totalidade do sistema de serviços de atenção médica assume as funções de coordenação e assistência técnica. Compõem a estrutura geral do Ministério da Saúde os Ministérios de Saúde Provinciais, que, a nível local, são responsáveis por prover os serviços de saúde pública à população por meio dos serviços prestados na rede de hospitais públicos e de centros de saúde municipais.

Os governos provinciais são responsáveis pela saúde de seus habitantes através dos Ministérios Provinciais. Possuem um papel relevante dentro do setor saúde, uma vez que realizam com seus próprios recursos, cerca de 75%, do gasto público destinado ao financiamento de serviços de atenção médica.

A estratégia de atenção primária de saúde foi estruturada na forma de programas do primeiro nível de atenção. No ano de 1996 realizou-se no país uma reestruturação do Ministério da Saúde e Ação Social, que ficou constituído pela Secretaria de Políticas e Regulação da Saúde e a Secretaria de Programas de Saúde.

O subsetor público proporciona os serviços através da rede pública de estabelecimentos de saúde. Os serviços provinciais e municipais possuem a infra-estrutura mais estendida no território nacional. A população atendida por este subsetor caracteriza-se, em sua maioria, por grupos sociais de baixo ingresso ou que carecem de cobertura de algum dos outros setores, sem cobertura de seguridade social e os que têm limitações de acesso ou geográficas; os beneficiários das obras; os setores sociais com mais capacidade financeira incentivadas pelo conceituado serviço oferecido pelas instituições; emergências e acidentes. Ou seja, provê atenção à população que não possui outra cobertura e que recai neste setor para cobrir suas necessidades de saúde.

Salienta-se ainda que este é o setor principal no atendimento de serviços de emergência e de atenção a doentes psiquiátricos e crônicos. Tem assumido uma demanda

maior derivada da precarização da cobertura de muitas obras sociais, utilizando para isso um mecanismo de subsidio público da seguridade social.

Portanto, o setor público gratuito tem seus estabelecimentos nas jurisdições nacionais, provinciais e municipais, prestando atendimento à saúde a totalidade da população sem exclusão de cobertura e também aos trabalhadores não segurados. Presta serviços por meio de uma rede própria, tendo atividades de atenção primária através de programas específicos em algumas áreas e em determinados municípios. O hospital público tem papel importante na prestação de serviços e atendendo indigentes, beneficiários das obras sociais, pacientes privados e emergências (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004).

O Hospital Público de Autogestão, implantado nos últimos anos, fundamenta sua ação na estratégia do programa da Atenção Primária da Saúde, prestando atendimento e realizando atividades de docência e investigação, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e articulação com outros estabelecimentos através de redes de serviços de saúde. Um dado interessante refere-se ao fato de que a maioria dos hospitais não pertence ao Governo Central.

As obras sociais estão organizadas como um sistema de seguro social obrigatório que inclui os serviços de saúde e outros benefícios sociais que são financiados com recursos dos trabalhadores e empregadores. Muitas delas não fornecem serviços diretamente, mas sublocam os serviços do setor privado.

É constituído por instituições que cobrem agravos à saúde e de assistência social aos trabalhadores em relação de dependência e aos aposentados do regime nacional de *previsión* social através do *Programa de Asistencia Médico Integral* (PAMI). Caracteriza-se por uma alta ineficiência e em muitos casos má provisão de serviços.

O setor seguridade social é organizado de maneira fragmentada por ramos de atividades, cobrindo de maneira obrigatória todos os trabalhadores assalariados, bem como os trabalhadores autônomos de forma voluntária e seus familiares e dependentes. As obras sociais, sob regulação estatal, são entidades que têm sido administradas em sua maioria por sindicatos, e têm seu financiamento baseado na contribuição compulsória dos trabalhadores. Oferecem prestação de serviços na área da saúde de forma diversa, de acordo com a base de ingresso do segurado, variando conforme as cotas de seus associados. Existem diversos tipos de obras sociais nacionais, sendo a maioria delas sindical – trabalhadores assalariados com ocupação em setores privados; outras são para os aposentados e pensionistas, administradas

pela nação; também para as pessoas de cargos de direções e funcionários públicos de cada província, denominadas obras sociais provinciais, para as forças armadas, a polícia federal, os poderes legislativo e judicial e as universidades nacionais (CEPAL, 2006; DAL PRÁ, 2004).

Em relação às obras sociais nacionais, destaca-se que são os agentes centrais do seguro de saúde que oferecem cobertura a aproximadamente 50% da população com seguro obrigatório. Já as obras sociais provinciais atingem uma cobertura de 29,41%, fundamentalmente empregados do setor público provincial e seus dependentes. Têm importância central no sistema de saúde da Argentina tendo em vista que metade da população do país conta com cobertura exclusiva deste setor. Porém, é um subsetor que tem sido dependente de mudanças políticas e do mercado de trabalho ocorridas nas últimas décadas.

Segundo Centeno (2005), "actualmente están en actividad 284 obras sociales […] La cantidad de beneficiarios de obras sociales nacionales está relacionada con: Ubicación de la fuerza laboral y Provincias donde la incidencia de las Obras Sociales Provinciales es menor".

O subsetor privado está composto por dois grandes grupos – os profissionais que prestam serviços autônomos a pacientes particulares associados a obras sociais ou a sistemas privados de medicina pré-paga e pelos estabelecimentos assistenciais contratados pelas obras. Inclui como principais prestadores de serviços na área da saúde hospitais privados, clínicas, consultórios, assim como Empresas de Medicina Pré-pagas, associações e cooperativas de profissionais. É uma modalidade de seguro voluntário pré-pago. A maioria dos assegurados nas obras sociais recebe serviços deste setor mediante convênios com as obras, pois estas muitas vezes não possuem serviços próprios garantindo a prestação do cuidado por serviços privados ou hospitais públicos; o subsetor privado tem se consolidado como prestador do sistema de obras sociais.

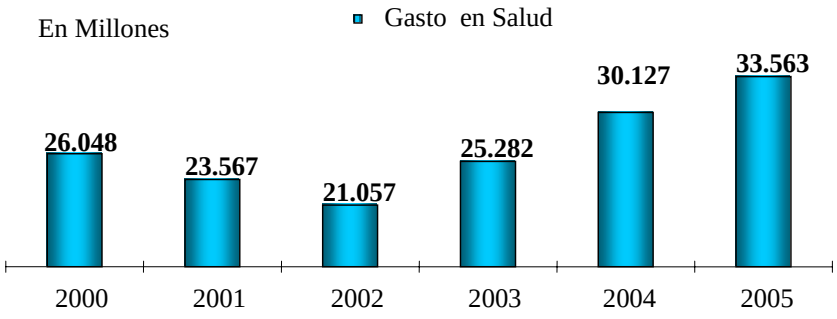
Portanto, este subsetor é financiado a partir de aportes voluntários de seus usuários que, em geral, possuem renda média e alta contando muitas vezes com a cobertura de seguridade social caracterizando uma *doble afiliación.* O Estado intervém pouco na regulação deste setor.

De maneira sucinta pode-se afirmar que o subsistema público tem cobertura universal, atendendo em sua maior parte os setores de baixa renda; o de obra social oferece cobertura a setores médios, integrados no mercado formal de trabalho e finalmente o privado,

que oferece cobertura aos grupos de maiores ingressos, os quais provêm serviços através da compra direta e voluntária dos mesmos no mercado e de contratação de seguros privados.

Conforme o exposto, o financiamento do sistema de saúde argentino provém de diversas fontes, como: Estado Nacional (administração central e organismos descentralizados) – recursos advindos fundamentalmente do orçamento nacional; Estados Provinciais e Cidade de Buenos Aires – recursos provenientes da participação federal de impostos, da arrecadação de tributos próprios e transferência do Estado Nacional; Municípios – possuem recursos da co-participação provincial e de tributos locais; Obras Sociais Nacionais – financiamento proveniente de aportes dos trabalhadores e contribuições patronais; Obras Sociais Provinciais – financiamento proveniente de aportes dos trabalhadores e contribuições patronais e, em alguns casos, contam com aportes dos governos provinciais; Instituto Nacional de Seguridad Social y Jubilaviones Y Pensiones (INSSyJ) – aportes dos trabalhadores ativos e passivos e contribuições patronais; Renda familiar – financiam os gastos familiares destinados a aquisição de seguros voluntários e ao pagamento de co-seguros, co-pagamento e compra direta de bens e serviços.

O Ministério da Saúde da Nação Argentina gasta aproximadamente 8,5% de seu PIB com atenção à saúde. Deste percentual, 4,7% equivale ao gasto público nacional em saúde (OPAS, 2006). Quanto ao volume de recursos movimentados pelo setor de saúde argentino no ano de 2005, estima-se a cifra de 33.563 milhões de pesos, o que representa 6,5% do PIB, conforme ilustra o quadro a seguir – o total do PIB argentino estimado para este ano foi de 517,0 milhões de pesos correntes (CENTENO, 2005):



Fonte: CENTENO, 2005

Em relação ao montante de recursos do ano de 2005, o setor público da saúde constituiu-se o mais numeroso em quantidade de beneficiários atendidos diretamente, cerca de 19 milhões de pessoas. Seu papel no sistema de saúde argentino é importante devido à

abertura para a totalidade da população, funcionando como um seguro de última instância para beneficiários do sistema de obras sociais e seguro privado (CENTENO, 2005).

Durante o ano de 2005, o gasto público em saúde alcançou a cifra de 8.918 milhões de pesos destinados ao funcionamento de hospitais nacionais, provinciais, centros públicos de atenção municipal à saúde e outros centros especializados.

As obras sociais constituem o segundo sistema mais numeroso em termos de quantidade de beneficiários, oferecendo cobertura a mais de 18 milhões de pessoas e representando um gasto de 12.550 milhões de pesos (CENTENO, 2005).

No que se refere aos outros gastos com saúde, está agrupado principalmente o gasto efetuado no setor privado, como: medicamentos, aparatos terapêuticos, gastos provenientes de consultas com profissionais e serviços privados nos cobertos pelas prestações básicas dos seguros de saúde.

Centeno (2005) chama atenção para o gasto das famílias argentinas com serviços de saúde. O setor público diminuiu sua participação na provisão de serviços de saúde, fazendo com que este segmento tenha que aumentar seus gastos para compensar as carências do sistema de proteção de saúde.

Frente às informações apresentadas, pode-se construir uma análise comparativa entre os países. Observa-se que existem diferenças significativas entre os modelos de proteção social e os sistemas de saúde do Brasil e da Argentina. Os sistemas de saúde mostram semelhanças no que se refere à transformação do papel do Estado no campo da saúde e a preocupação de seus gestores no desafio que hoje se apresenta – a universalização e melhoraria da proteção social (CEPAL, 2006). Divergem quanto ao acesso da população aos serviços oferecidos, quanto à forma como esses serviços estão organizados e quanto ao desempenho e financiamento.

No Brasil, de maneira distinta, a saúde abarca um conceito amplo em todas as categorias apresentadas: aponta novos princípios, principalmente no que se refere à universalidade de acesso, à integralidade de assistência, a preservação da autonomia das pessoas e na igualdade da assistência à saúde; traz a questão dos fatores determinantes e condicionantes à saúde, em que se tem uma mudança da concepção de saúde e consequentemente alterando também o modelo de atenção a mesma; se propõe a realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e no financiamento está explicito que o sistema será financiado pelo orçamento da seguridade nacional.

É visível nesta legislação a concepção de que o acesso à saúde é um direito público, integrante dos direitos da cidadania. Ao Estado também cabe a formulação e execução de políticas sociais e econômicas, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme Lei 8.080/1990, Artigo 2° (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2005). O sistema prevê redistribuição de recursos e responsabilidades entre as três esferas do governo, ações articuladas e regionalizadas, bem como a efetiva participação da população através do controle social.

Portanto, o texto constitucional brasileiro significa um avanço no que diz respeito à concepção pública do sistema de saúde, concepção mais abrangente de seguridade social do que a da Argentina. Na Argentina o sistema nacional está organizado prioritariamente em seguros privados e ações mais limitadas de saúde financiadas pelo setor público. Este país repassa para os estados e municípios boa parte da responsabilidade financeira e executiva dos programas de atenção à saúde.

Astorga, Pinto e Figueroa (2004) e CEPAL (2006) apresentam dados referentes ao perfil comparativo dos principais indicadores sociais, econômicos e do sistema de saúde dos países aqui em estudo. Alguns dados chamam a atenção no que se refere aos gastos públicos em saúde, no ano de 1997: o Brasil totalizou 5,1 % e a Argentina 3,8%.

Na América Latina, outro dado importante relaciona-se às ações de média e alta complexidade, sendo que poucos países incluem tais ações nos orçamentos públicos. Na Argentina não há ações incluídas nas propostas e programas de saúde de média e alta complexidade (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004).

Estas questões são extremamente relevantes neste estudo, pois podem indicar fatores que determinam a procura e a inserção do estrangeiro argentino no Sistema Único de Saúde brasileiro.

> Na fronteira, o direito à saúde é acrescido de outros componentes, verificando-se a mesma argumentação em termos de países ricos e pobres. Ou seja, a população dos países que detém melhores condições de infra-estrutura para atenção à saúde marca uma cidadania delimitada pela área geográfica, sendo o aspecto financeiro o determinante dessa cultura. [...] Reconhece-se nesse caso, o entendimento do outro – o que vive fora de seu “mundo” – como um estranho, um diferente, não tendo a titularidade, do direito que é dada pela idéia de Estado-nação (NOGUEIRA; DAL PRÁ, 2006, p.182).

Torna-se primordial discutir sobre como ocorre a efetivação do direito à saúde, principalmente no que se refere ao acesso, enquanto direito fundamental para que tenha eficácia social a norma constitucional que consagra a saúde como direito de todos. Porém, tal situação não é unânime nos países da América Latina, como pode ser observado através da análise realizada. Existem diferenças significativas entre os países e nas áreas de fronteira, o que torna tal fato preocupante.

O slogan “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” ainda é uma expressão que precisa ser concretizada, que deve sair do discurso. Para que isto realmente aconteça tornam-se necessárias ações e estratégias concretas e um real compromisso radical na defesa dos interesses da população.

Dentre outras discussões pertinentes ao tema pesquisado, destaca-se aqui um dilema referente à saúde na atualidade. Este dilema revela um conflito entre diferentes concepções e interpretações acerca da assertiva “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Pode-se indagar que é para todos os brasileiros? Ou independente da nacionalidade, saúde para todos? Ou ainda, a saúde para uma minoria, privilegiando um ou outro grupo social?

Observa-se que esta expressão permite a compreensão de uma concepção que defende a saúde enquanto direito de cada um e de todos enquanto cidadãos nacionais, além de outra concepção que defende a saúde para todos sem restrições. Independentemente da concepção, atribui-se ao Estado o papel de garantir ao cidadão os direitos à saúde. Ou seja, cabe a ele a responsabilidade de coordenar, viabilizar e garantir o acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e assegurar condições de vida favoráveis à saúde.

Constituir e garantir o que é dito na expressão “saúde um direito de todos e dever do Estado” implica enfrentar tais questões e discussões. E neste sentido cabe questionar quais são os direitos dos cidadãos fronteiriços na zona ou faixa de fronteira. Em relação à saúde nas fronteiras e especificamente nesta região abordada, tal reflexão tem uma dimensão relevante e polêmica, na medida em que ainda é nebulosa a compreensão e a legislação sobre o acesso à saúde de estrangeiros.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, em setembro de 1978, introduziu uma nova agenda de discussões, sendo um marco na história da saúde pública. O compromisso *saúde para todos, no ano de 2000*, foi afirmado e defendido pela Organização Mundial de Saúde neste evento. Nesta Conferência, a saúde é reconhecida como um direito a ser defendido não só pela melhoria do

acesso aos serviços de saúde, mas por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade.

3 O DIREITO À SAÚDE NA FRONTEIRA NOROESTE DO ESTADO DO RS: VERSÕES SOBRE UM MESMO TEMA.

"Não sou brasileiro,
não sou estrangeiro,
não sou brasileiro,
não sou estrangeiro.
Não sou de nenhum lugar,
Sou de lugar nenhum [...]"
Lugar Nenhum,
Arnaldo Antunes/Charles Gavin/Marcelo Fromer/Sérgio Brito.

Este capítulo tem a responsabilidade, juntamente com a discussão teórica, de responder aos objetivos inicialmente traçados por este estudo. Portanto, pretende-se abordar as categorias de acessibilidade e determinantes em saúde, objetivando resgatá-las enquanto condicionantes na procura dos estrangeiros argentinos pelos serviços de saúde no Brasil. Contextualiza-se o espaço onde é realizada a pesquisa, apontando dados importantes dos municípios que compõem este cenário e têm-se nesse momento a exposição e a análise dos resultados conforme a pesquisa realizada, abordando a situação do direito à saúde na região Fronteira Noroeste do estado do RS, utilizando-se como marco de referência a saúde como um direito universal, o que implica ultrapassar os usuais limites territoriais de cada uma das nações.

Buscou-se identificar e analisar os seguintes aspectos: o perfil dos entrevistados nos municípios de fronteira; o tempo que freqüentam a unidade de saúde; as principais demandas em saúde; os serviços de saúde que mais são utilizados; como chegam ao sistema de saúde; a existência de demanda de estrangeiros por atendimento no SUS; a freqüência desta demanda; as razões para a procura do atendimento; a distribuição dos usuários em termos de categoria social; serviços de saúde brasileiros que mais atraem usuários não residentes; existência ou não de aspectos culturais que interferem na relação dos não residentes com o serviço de saúde no Brasil; exercício do direito à saúde pelos não residentes; situações nas quais o direito à saúde está garantido e situações nas quais o direito à saúde não está garantido; e, finalmente, os obstáculos interpostos ao exercício efetivo do direito à saúde pelos usuários não residentes. Para análise e interpretação dos dados, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: direito à saúde, acesso às ações e aos serviços de saúde, eqüidade, iniqüidades e determinantes.

3.1 O caminho metodológico percorrido

A abordagem teórico-metodológica desta pesquisa relacionou o direito à saúde à concretude de execução das políticas sociais, buscando contribuir para a garantia efetiva dos direitos sociais, especialmente do direito à saúde, considerado no plano dos direitos humanos. Adotou-se, para tanto, o referencial analítico que vem sendo construído sobre os direitos sociais, entendendo-os em sua garantia e acesso e não com uma idéia formalista e abstrata (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 2004).

Motivada por esta abordagem entende-se a área da saúde como um campo da realidade social complexa, a qual demanda conhecimentos distintos e integrados, colocando de forma imediata o problema da intervenção. Assim, considera-se como essencial uma abordagem dialético-crítica, que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (MINAYO, 1998).

> O caminho entre a "caótica representação do todo" e a "rica totalidade da multiplicidade das determinações e das relações" coincide com a compreensão da realidade. O todo não é imediatamente cognoscível para o homem, embora lhe seja dado imediatamente em forma sensível, isto é, na representação, na opinião e na experiência. Portanto, o todo é imediatamente acessível ao homem, mas é um todo caótico e obscuro. Para que possa conhecer e compreender este todo, possa torná-lo claro e explicá-lo, o homem tem de fazer um *detóur*: o concreto se torna compreensível através da mediação do abstrato, o todo através da mediação da parte. Exatamente porque o caminho da verdade é um *detóur – der Weg der Wahrheit ist Umweg* – o homem pode perder-se ou ficar no meio do caminho (KOSÍK, 1976, p. 36).

Neste sentido, a dialética insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, no processo de conhecimento, valorizando e estimulando a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito, que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (CHIZZOTTI, 1998).

A abordagem foi quanti-qualitativa, pois se pesquisou a respeito das condições objetivas e significados do acesso à saúde na Região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, buscando conferir uma visão de totalidade ao objeto de estudo. Do lado quantitativo foi necessário conhecer os recursos e serviços de saúde existentes, confirmando a

demanda e o tipo de atenção. De outro lado, incorporou-se na análise uma carga histórica, cultural, política e ideológica, que não pode ser quantificada, não pode ser reduzida a um dado numérico, pois envolve valores, atitudes e crenças dos atores sociais a quem a ação se dirige, abarcando o universo dos significados, da compreensão, da representação social. Entendeu-se que as duas abordagens foram essenciais para o estudo em questão.

Esta pesquisa pode ser considerada como exploratória descritiva. Pode ser catalogada como exploratória, pois a revisão de literatura não identificou estudos similares. É descritiva, pois se propõe a identificar, descrever e analisar a representação dos brasileiros em relação à inserção dos estrangeiros no SUS, e a dos estrangeiros que buscam o atendimento neste sistema. Tem como eixo central a percepção de brasileiros e não nacionais na região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul sobre o acesso da população estrangeira aos bens e serviços de saúde.

Com base nos objetivos, foram delimitados os sujeitos da pesquisa a partir de uma amostra intencional que, segundo Marconi e Lakatos (2002), caracteriza-se pelo interesse do pesquisador na opinião de determinado grupo da população.

> Na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Pressupõe-se, pois, que elas têm um conhecimento prático, de senso comum e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas ações individuais (CHIZZOTTI, 1998, p. 83).

Considerou-se sujeito de estudo os usuários brasileiros e estrangeiros atendidos pelo sistema de saúde brasileiro – SUS – residentes nos municípios fronteiriços da Região Fronteira Noroeste do RS[16], a saber: Doutor Maurício Cardoso, Novo Machado, Porto Mauá, Alecrim, Porto Vera Cruz, Porto Lucena e Santa Rosa – este por ser município de referência (hospitalar, de média e alta complexidade) desta região.

A primeira tarefa delineada da pesquisa foi um trabalho denso de pesquisa bibliográfica, permitindo ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a temática delimitada e verificar a existência ou não de estudos semelhantes. Neste sentido, resgataram-se aportes bibliográficos com diferentes pontos de vista e ângulos para estabelecer definições, conceitos e mediações, destacando as categorias centrais referentes à temática estudada.

[16] Ver, no Anexo A, o mapa geográfico da região delimitada.

Em seguida, houve a inserção da pesquisadora no campo, para realização da coleta de dados, realizada através de dois instrumentos. Utilizou-se um formulário (Anexo B) com questões fechadas e abertas, que orientaram a entrevista com a população selecionada. Tornou-se de fundamental importância a coleta de dados quantitativos na medida em que estes dados possibilitaram aprofundar e ampliar o conhecimento do fenômeno aqui estudado. Foi ainda utilizada como fonte de coleta de dados a observação sistemática, relacionada ao objeto de estudo e registrada em diário de campo. A observação sistemática teve como foco os seguintes pontos: verificar como ocorreram os contatos com os gestores e técnicos que trabalham no sistema de saúde, as visitas domiciliares, a receptividade pelos entrevistados, o grau de disponibilidade para a entrevista e o local onde se realizou a entrevista. Essas informações forneceram elementos valiosos e significativos para a leitura e interpretação posterior, bem como para a compreensão do universo investigado.

Para assegurar a validade dos resultados, buscou-se conduzir a coleta de dados nos municípios da mesma maneira, em cada um dos locais onde se realizou a entrevista, de forma similar e planejada, considerando os contextos locais.

A escolha pela técnica da entrevista, via formulário, deve-se pelo fato de esta ser um instrumento que possibilita a fala, reveladora de representações sociais, de condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Resgata-se esta técnica como uma forma especial de conversação e assim sendo interativa.

O número de entrevistas realizadas em cada município, através da aplicação de formulários, foi de 10 (dez), tendo como propósito incluir a diversidade do universo pesquisado, totalizando 70 (setenta) usuários. Foram entrevistados, de maneira proporcional, brasileiros e argentinos. As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares nos referidos municípios.

Os contatos com os entrevistados usuários estrangeiros foram realizados através da intermediação de profissionais de saúde (enfermeiros e agentes comunitários de saúde), além de gestores inseridos nas Unidades de Saúde, na Região Fronteira Noroeste do Estado do RS. Os profissionais indicaram e encaminharam usuários para que fosse possível detalhar os objetivos e procedimentos a serem realizados na pesquisa, obedecendo às normatizações de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde, incluindo o termo de consentimento (Anexo C) informado. O consentimento para participação na pesquisa é uma questão de postura ética importante. Após serem informados sobre o que consiste a pesquisa e do que se

tratava a entrevista, os usuários puderam decidir, em pleno conhecimento, se queriam ou não participar desta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas durante o período de um dia em cada um dos municípios indicados pela amostra[17]. Porém, antes da realização destas, ocorreu o teste dos instrumentos de pesquisa de campo. Durante a realização das entrevistas, procurou-se "compreender a experiência que eles têm (usuários brasileiros e argentinos), as representações que formam e os conceitos que elaboram" (CHIZZOTTI, 1998, p. 84). Tais questões ocupam o núcleo de referência para a análise e interpretação da pesquisa.

Durante a realização das entrevistas não foi possível o uso de gravador, pois os entrevistados não consentiram gravá-las. Tal fato demonstra o quanto este tema – inserção de argentinos no sistema de saúde brasileiro – é polêmico, gera insegurança, desconfiança, constrangimento, preconceito, preocupações, medo, conflitos. Perpassa diferentes valores, crenças, olhares, atitudes e posturas.

Sobre a formação dos entrevistados, usuário brasileiro e estrangeiro, pode-se afirmar que a maioria possui Ensino Básico incompleto, ou seja, 56%. Santa Rosa apresentou um perfil diferenciado dos demais no sentido de que foi o único município com entrevistados apresentando formação de Ensino Superior completo (3%) e incompleto (8%).

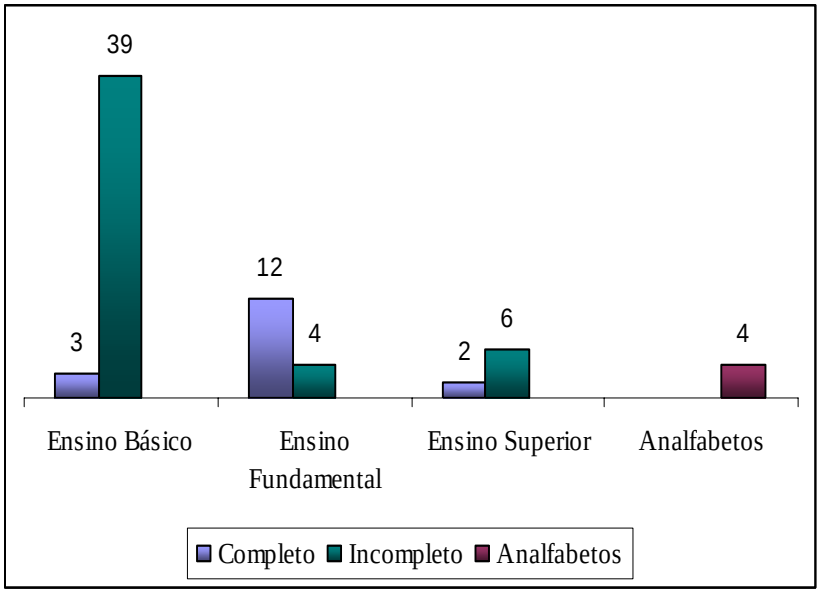


Gráfico 01 – Formação.

[17] No dia 15.02.07 no município de Novo Machado, no dia 19.02.07 em Porto Mauá, em 21.02.07 no município de Alecrim, no dia 22.02.07 em Porto Vera Cruz, no dia 23.02.07 em Porto Lucena, no dia 26.02.07 em Doutor Maurício Cardoso e no dia 27.02.07 em Santa Rosa.

No que se refere ao tempo de freqüência na Unidade de Saúde, 49% dos usuários brasileiros em média freqüentam mais de 11 anos a Unidade.

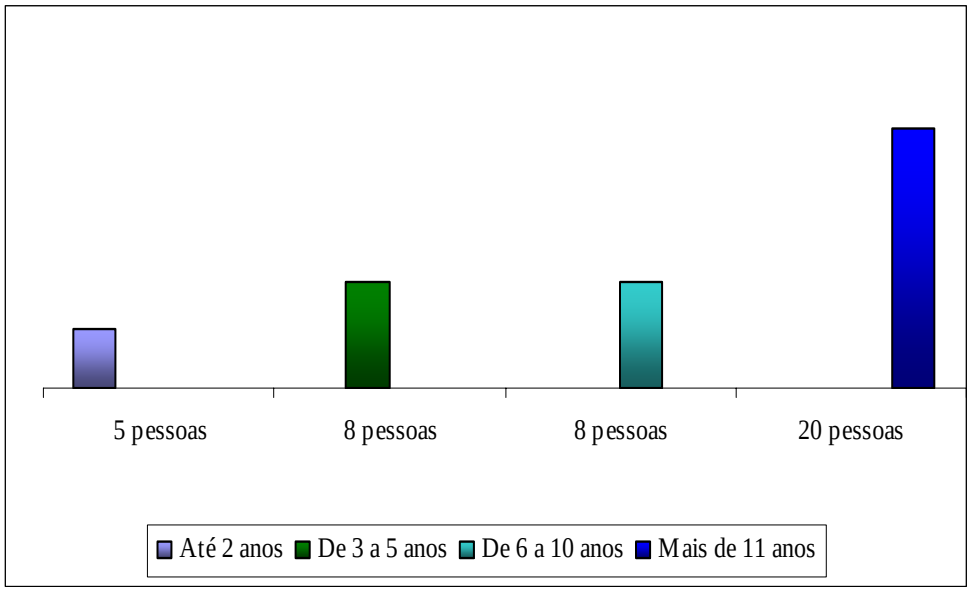


Gráfico 02 - Tempo que freqüenta a Unidade de Saúde – Brasileiros.

Em relação ao tempo que os usuários estrangeiros freqüentam a Unidade de Saúde brasileira, observa-se que varia em torno de 02 (dois) a mais de 11 (onze) anos, 31%.

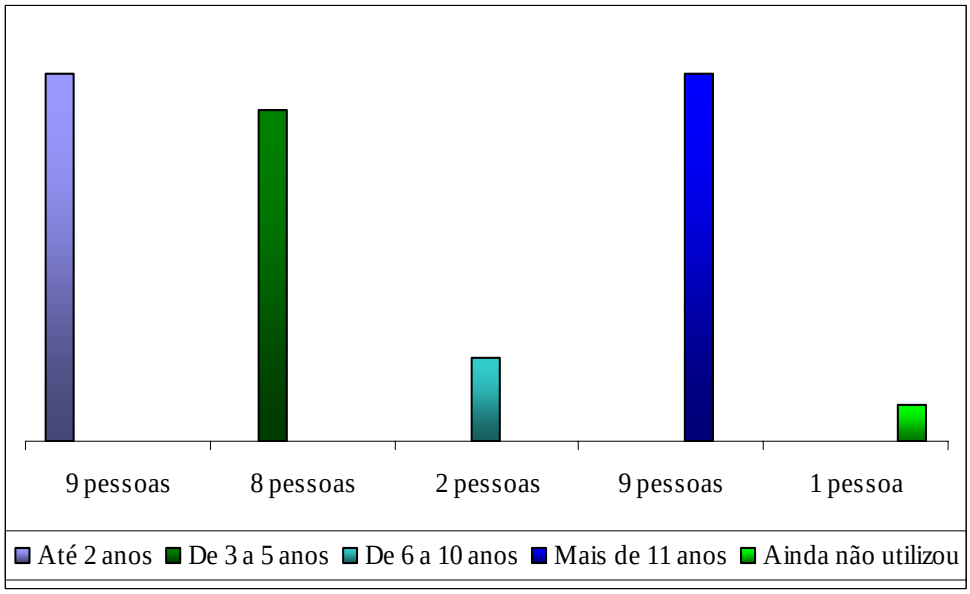


Gráfico 03 - Tempo que freqüenta a Unidade de Saúde – Argentinos.

Cabe ainda lembrar algumas particularidades desta pesquisa. A inserção no campo da subjetividade e do simbolismo foi uma condição essencial para realização deste trabalho, pois se sabe que as representações sociais em relação ao direito ao acesso à saúde são múltiplas e diversificadas. Compreendê-las significa compreender a realidade daqueles que são usuários do SUS, sua cultura, suas idéias, suas concepções de mundo.

Segundo Farr (1994), representação social é uma forma sociológica de psicologia social, originada na Europa com a publicação feita por Moscovici, no ano de 1961, de seu estudo "La Psyhanalyse: Son image et son publu". Seu conceito é dinâmico e explicativo, envolvendo aspectos culturais, cognitivos, valorativos, políticos e ideológicos, possuindo também uma dimensão histórica e transformadora.

Moscovici (1994) afirma que o conceito de representação social ou coletiva nasceu na Sociologia e na Antropologia, a partir de Durkheim e de Lévi-Bruhl, respectivamente. Durkheim, do ponto de vista sociológico, é o autor que primeiro trabalha o conceito Representações Sociais, utilizando-se do conceito de Representações Coletivas. Para Durkheim (2004), o termo Representações Coletivas se refere às categorias de pensamento através dos quais uma determinada sociedade, via seus segmentos sociais, elabora e expressa sua realidade. São categorias que surgem ligadas aos fatos sociais e estes são passíveis de observação e interpretação.

Para Durkheim (2004), as representações coletivas são uma das expressões do fato social. Elas compreendem os modos "como a sociedade vê a si mesma e ao mundo que a rodeia". Para Durkheim (apud QUINTANEIRO, 2002, p. 71), elas se reproduzem através de,

> uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço mas no tempo também; para constituí-las, espíritos diversos associaram-se, misturaram e combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam nelas sua experiência e sabedoria. Uma intelectualidade muito particular, infinitamente mais rica e mais complexa do que a do individuo está aí concentrada.

Em síntese, Durkheim (2004) afirmava que a vida social era totalmente constituída de representações, sendo que as causas geradoras das representações, das emoções, das tendências coletivas, não são estados de consciência dos particulares, mas as condições em que se encontra o corpo social no seu conjunto. Ou seja, conceituou a consciência coletiva como o sistema das representações coletivas de uma dada sociedade.

Segundo o mesmo autor, para compreender a maneira como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, deve-se considerar a natureza da sociedade, e não a dos particulares. Neste sentido, as representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam.

Assim, para Durkheim (2004, p.23):

> Todo o pensamento coletivo, tanto na forma como na matéria, deve ser estudado em si mesmo, por si mesmo, com o sentimento do que tem de especial, e devemos deixar ao futuro o cuidado de procurar em que medida ele se parece com o pensamento dos particulares.

Weber (apud QUINTANERO, 2002) aborda o tema das representações sociais através de termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, utilizados como sinônimo de “visões de mundo”. Para ele, a vida social, que consiste na conduta dos indivíduos, está impregnada de significação cultural, dada pela base material e idéias. O autor tenta complexificar a teoria da determinação da base material sobre as representações sociais, informando sobre a necessidade de se conhecer quais os fatores que contribuem para configurar determinado fato social.

Portanto, Durkheim e Weber ressaltam a importância da compreensão das idéias e de sua eficácia na configuração da sociedade, resgatando o estudo empírico do desenvolvimento histórico.

Conforme Marx (apud QUINTANERO, 2002), o campo das idéias é abordado pelo conceito de consciência. Segundo este autor, as representações, as idéias e os pensamentos são os conteúdos da consciência determinada pela base material. Ou seja, ele afirma que,

> não é a consciência que determina a vida, é a vida que determina a consciência. [...] A consciência é desde o início um produto social: ela é mera consciência do meio sensível mais próximo, é a conexão limitada com outras pessoas e coisas fora do indivíduo. [...] A consciência jamais pode ser outra coisa que o homem consciente e o ser dos homens é o seu processo de vida real (MARX; ENGELS, 1984, p. 43-5).

Marx compreende os elementos “vida material” e as “idéias” segundo uma relação dialética, afirmando que “as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias” (MARX; ENGELS,1984, p. 45).

Ainda no âmbito do marxismo, encontram-se no pensamento de Gramsci elementos de grande elucidação para pensar as representações sociais, especialmente em seus apontamentos sobre filosofia. A filosofia, para ele, se expressa em diferentes graus: religião, folclore, senso comum, bom senso e por fim a filosofia da práxis. As expressões dos diferentes sujeitos sociais ocorre,

> 1) na própria linguagem, que é um conjunto de noções e de conceitos determinados e não, simplesmente, de palavras gramaticalmente vazias de conteúdo; 2) no senso comum e no bom senso; 3) na religião popular e, consequentemente, em todo o sistema de crenças, superstições, opiniões, modos de ver e de agir que se manifestam naquilo que geralmente se conhece por "folclore" (GRAMSCI, 1999, p. 93).

Tais representações e formas de ver o mundo não devem ser consideradas imutáveis como aparecem na cabeça das pessoas que as adotaram, mas podem ser transformadas a partir de uma visão coerente de mundo. No pensamento de Gramsci, coloca-se, assim, a convicção de que "as representações, as idéias, as formas da sensibilidade, os preconceitos, as superstições, mas também os sistemas filosóficos e as teorias científicas" devem sempre ser "pensados historicamente, do ângulo do 'historicismo absoluto'", ou seja, do marxismo (KONDER, 2002) [18] .

Em Gramsci, ainda, podemos dizer que as representações são formas de ideologia. Esta tem um peso decisivo na organização da vida social e se torna força material quando ganha a consciência das massas, sendo socialmente verdadeira quando incide diretamente sobre a vida na sua concretude.

> Recuperando a fonte marxiana, Gramsci reconhece que as ideologias que se expressam historicamente através de comportamentos sociais derivam, em última análise, dos movimentos da estrutura [...]. Gramsci se aproxima aqui de Marx, pois entende que as idéias podem assumir a solidez de crenças populares. As ideologias que se transformam em crenças populares são expressão de necessidades estruturais e, portanto, exercem uma influência direta sobre as formas de vida e sobre o agir humano de maneira geral (SIMIONATTO, 1995, p.74).

As representações sociais em Gramsci correspondem, portanto, à visão de mundo dos diferentes grupos e classes sociais. Tanto o "senso comum" como o "bom senso", nas

[18] Disponível em: <http://www.acessa.com/gramsci/?page=visualizar&id=298> Acesso em: 11 de junho de 2007.

expressões do pensador italiano, consolidam formas de representação social observáveis, capazes de revelar o modo de ser e de pensar dos diferentes atores sociais.

Em Gramsci a ideologia é algo que se objetiva na realidade social, histórica e concreta. Tem um peso decisivo na organização da vida social e se torna força material quando ganha a consciência das massas, sendo socialmente verdadeira quando incide diretamente sobre a vida na sua concretude. Para Gramsci, a ideologia em sentido genérico define cada concepção particular, os problemas imediatos de diferentes grupos sociais (SIMIONATTO, 1995).

A representação social centra o seu olhar sobre a relação indivíduo-sociedade, se articulando com a vida coletiva de uma sociedade e com os processos de constituição simbólica nos quais os sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar o seu lugar, através de sua identidade social. São construções simbólicas coletivas sobre o real, que ao fazer isso, recuperam um sujeito através de sua atividade e relação com o objeto-mundo construindo tanto o mundo como a si próprio (JOVCHELOVITCH; GUARESCHI, 1994, p. 19).

Para Jovchelovitch e Guareschi (1994), representações sociais são formadas quando as pessoas se encontram para falar, argumentar, discutir o cotidiano, ou quando elas estão expostas às instituições, aos meios de comunicação, aos mitos e à herança histórico-cultural de suas sociedades.

Minayo (1994) afirma que o termo *representações sociais* significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais as representações sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Segundo esta autora, as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam. Podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais.

Nas representações sociais estão presentes elementos de dominação e de resistência, de contradição, de conflito e comodismo. Podem ser consideradas matérias-prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam e refratam a realidade segundo um determinado segmento da sociedade.

Neste estudo pretende-se resgatar a representação social do brasileiro sobre o outro, o que vive fora de seu “mundo”, do seu “país” – como um estranho, um diferente, não tendo a

titularidade, o direito. E vice-versa, ou seja, a representação do outro que chega e procura um espaço em um novo lugar. Aqui as representações sociais serão abordadas conforme Yasbeck (2006), como constitutivas do ser social, de seu modo de pensar e interpretar a realidade cotidiana.

Para Yasbeck (2006, p. 78-9):

> O real [...] é constituído de relações atravessadas pelo conflito e permeadas por antagonismos e, desse modo, se de um lado as representações reproduzem a lógica e o discurso ideológico dominante, de outro, reproduzem contraditoriamente o seu contrário, a sua transgressão, que se expressam como resistência, criatividade e superação de um determinismo reducionista, apontando caminhos de ruptura e libertação.

A partir desta busca sucinta, em diferentes autores, de vários pontos de vista sobre representações sociais, é possível estabelecer definições e compreensões sobre este tema. Considerando o exposto até agora, pode-se afirmar que representações sociais são fenômenos, são as concepções, as imagens, as idéias e as visões de mundo construídas cotidianamente a partir do conhecimento empírico, do senso comum, que os sujeitos sociais têm sobre a realidade.

Yasbeck (2006) afirma que a linguagem é expressão de representações, revela um modo de explorar o mundo, é carregada de sonhos e símbolos; pela linguagem que o sujeito se representa e se põe em interlocução com os outros. Frente a esta afirmação, busca-se apreender as representações sociais dos usuários brasileiros em relação à inserção dos estrangeiros argentinos no SUS e dos estrangeiros que buscam atendimento na Região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

As representações sociais são, portanto, consideradas material importante para este estudo, pois irão revelar um conhecimento sobre a realidade, produtos sociais frutos de relações sociais e de um contexto dinâmico, elucidando e revelando uma trama do tecido social que se refere à universalização do acesso à saúde na região delimitada.

Os procedimentos adotados para realizar a análise baseiam-se na proposta de Minayo (1998), que se propõe a buscar os significados manifestos e latentes dos dados qualitativos, a partir da análise de conteúdo e a técnica de análise temática. Esta técnica possibilita encontrar núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência (de palavras, frases, conceitos e representações) são significativas para o alcance dos objetivos traçados

nesta pesquisa. A análise temática está ligada à noção de tema, uma afirmação a respeito de determinado assunto. Dessa forma, na análise temática pretende-se identificar a presença deste tema no discurso dos usuários sobre o direito ao acesso à saúde.

Esta técnica segue operacionalmente três etapas:

1) Pré-Análise – consiste na exploração do material e tratamento dos resultados obtidos ou interpretação. Essa fase consiste no trato inicial das entrevistas, e pode ser decomposta nas seguintes tarefas: a) Leitura flutuante: leitura do material, de maneira exaustiva, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; b) Constituição do corpus: organização do material, contemplando todos os aspectos levantados no roteiro; c) Formulação de hipóteses em relação ao material a ser analisado.

Na fase de pré-análise, é indispensável 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 nortearão a análise. Aqui as categorias de análise são as representações trazidas pelos usuários sobre o acesso a saúde, o direito, a universalização, a eqüidade.

2) Exploração do Material – consiste na operação de decodificação, em que se realiza a transformação dos dados brutos objetivando 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 – compreendendo as categorias universalidade, eqüidade, direito à saúde, fronteira, mas sem deixar de considerar outras pistas acerca das dimensões sugeridas a partir da leitura do material.

Os dados quantitativos permitiram estabelecer algumas correlações, como as possibilidades dos sistemas locais de saúde atenderem as demandas, os critérios e exigências para o atendimento e a dificuldade identificada nos três níveis de atenção.

3.2 Acessibilidade em saúde

A primeira aproximação com o real é sempre uma abstração, isto porque não foram realizados ainda todos os desdobramentos que este real contém. O ponto de partida desta

investigação consiste nos dados empíricos sobre a procura de atendimento no sistema de saúde brasileiro por estrangeiros argentinos. Diante disso, um dos eixos de análise nesta pesquisa é a acessibilidade, ou seja, o acesso em saúde.

> El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad (CEPAL, 2006, p. 77).

A categoria acesso e condições de acessibilidade são conceitos complexos e amplos. Suas terminologias são variáveis, bem como os conceitos dos autores. Neste estudo, entende-se por acesso o termo para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. É um importante determinante do uso do serviço, principalmente no que se refere à região de fronteiras aqui estudada (DONABEDIAN, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em diversos artigos disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME[19], dentre os quais se destaca o de Travassos e Martins (2004), acesso aos serviços de saúde é a possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção sanitária, com vistas à resolução de problemas que afetam a saúde. Dentre os fatores que influenciam esta possibilidade, incluem-se considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras, entre outras. Na revisão bibliográfica realizada, encontraram-se os seguintes sinônimos para este termo: acessibilidade aos serviços de saúde, disponibilidade de serviços de saúde e acesso aos cuidados de saúde.

Esta categoria pode ser compreendida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. A acessibilidade, portanto, é resultante de uma combinação de fatores como geográfico, organizacional, sociocultural e econômico. Estes fatores são de extrema relevância, tornando-se fundamental resgatá-los, pois se acredita que incidem diretamente sobre a procura dos argentinos pelos serviços de saúde brasileiros.

[19] A Biblioteca Virtual em Saúde é um Centro Especializado da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <www.bireme.br> Acesso em: 05 de fevereiro de 2007. Através do portal de revistas científicas de saúde pesquisaram-se vários artigos que discutem a categoria acesso aos serviços de saúde.

Para Cohn (et al, 2002, p. 67):

> Certamente o acesso – do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços – é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e, sem dúvida, é um elemento fundamental contido no princípio, tomado linearmente, de que a oferta produz demanda.

Travassos e Martins (2004) definem acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. A acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por usuários. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Corresponde às características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. É um fator da oferta para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a eqüidade nos sistemas de saúde.

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional e uma responsabilidade compartilhada entre os poderes da Federação, conforme consta na legislação vigente. O grande desafio enfrentado por estes municípios é concretizá-los com recursos escassos; sabe-se das dificuldades de execução das políticas sociais na atualidade, visto que são utilizados não só por usuários brasileiros, mas também por usuários estrangeiros. Estima-se que há uma demanda maior por serviços de saúde. Nestes municípios, o perfil dos serviços de saúde está inscrito numa dimensão política, social e cultural singular, expressando conflitos que envolvem segmentos sociais diversos.

Em municípios de fronteira, os serviços de saúde oferecidos assumem uma importante dimensão no cotidiano dos sujeitos que ali residem e transitam, na medida em que podem facilitar ou limitar o acesso destes, contribuindo ou não para a garantia de direitos à saúde. São vários os elementos que podem influenciar na procura pelo atendimento no Sistema Único de Saúde. Apontam-se aqui os fatores proximidade, qualidade e gratuidade dos serviços ofertados. O primeiro refere-se concretamente à distância geográfica e o transporte e os demais dizem respeito à representação social do que vem a ser qualidade, gratuidade e rapidez no atendimento, mais tecnologia e medicalização.

Algumas falas revelam esta situação. No que se refere à proximidade, uma usuária argentina afirma que "*pra nós é mais perto vir pra cá* (referindo-se ao Brasil)". Sobre a qualidade, destaca que "*a saúde de lá* (referindo-se à Argentina) *é péssima, remédio eu sei que nem sempre se ganha"* – fala de usuária brasileira que têm familiares e amigos residindo no país vizinho. *O "atendimento lá* (referindo-se à Argentina) *é precário, pra te nenê é pior ainda"* – fala de uma argentina que casou com brasileiro e reside no Brasil.

Na Argentina, a gratuidade é garantida apenas aos sujeitos extremamente carentes e são os hospitais que prestam o atendimento gratuito. A assistência aos trabalhadores formais é garantida pelo ingresso nas Obras Sociais – instituições que organizam a atenção. As entrevistas também revelaram que quem tem Obra Social recebe atendimento gratuito em todos os serviços de saúde: "*se tem obra social é atendida em tudo e não paga nenhum pila, até pra remédio paga metade mesmo que descontam bastante*" – brasileira que morou durante doze anos na Argentina.

Travassos e Martins (2004) apontam duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional (inclui as características da oferta de serviços) e a geográfica (relaciona-se ao espaço que pode ser medido pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros). Esta última dimensão é extremamente importante para se conhecer e compreender o fenômeno aqui estudado. A acessibilidade expressa as características da oferta que intervém na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços.

Através das condições de acessibilidade pode-se verificar a relação entre as necessidades e anseios da população em termos de ações e serviços de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las. Num olhar mais amplo, define-se acessibilidade como o grau de adequação entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Reitera-se aqui mais uma vez a informação de que a localização geográfica dos serviços é um dos fatores que interferem na sua acessibilidade. Esta é um pré-requisito indispensável para se garantir o acesso da população aos serviços de atenção à saúde.

Trabalha-se com a hipótese de que as representações de como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. A utilização de serviços depende de determinantes individuais, fatores de predisposição, capacitantes e necessidades de saúde. Representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Segundo Travassos e Martins (2004), o conceito de uso compreende todo contato direto, através de consultas médicas e hospitalizações, ou indireto, como por exemplo, a realização de exames laboratoriais e

diagnósticos, com os serviços de saúde. Para estas autoras, o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acesso à saúde envolve aspectos que superam a compreensão da assistência e a oferta de serviços de saúde. O acesso vai além da entrada do sujeito nestes serviços, o recebimento de cuidados subseqüentes também integra esta categoria.

As autoras Travassos e Martins (2004) ampliam o conceito de acesso incorporando a etapa de utilização de serviços de saúde através dos elementos acesso potencial e acesso realizado. O acesso potencial caracteriza-se pela presença, no âmbito dos indivíduos, de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e também inclui os seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas e é influenciado por outros fatores além dos que explicam o acesso potencial.

O conceito de acesso potencial incorpora os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso – os fatores capacitantes – representando apenas um subconjunto que explica o acesso realizado, já que estes incluem também os fatores predisponentes, as necessidades de saúde, além de fatores contextuais. Neste conceito, tem-se uma hierarquia, sendo que os fatores contextuais, ou seja, aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços, intervêm no uso de forma direta e indireta, por intermédio dos fatores individuais.

Na utilização dos serviços de saúde, há influência de fatores socioeconômicos e culturais, que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar que a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator importante para a concretização da eqüidade. Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização e oferecimento dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras decorrentes do pagamento ou contribuição do usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Vellozo e Souza (1993) destacam que para pensar a questão do acesso é preciso considerar dois pontos importantes: o atendimento planejado segundo níveis hierarquizados de serviços, dos mais simples aos mais complexos, e a disponibilidade dos serviços, segundo a proximidade.

As autoras partem do pressuposto de que o acesso da população às ações de saúde ocorre de forma diferenciada, não em função de uma hierarquização formal desses serviços, mas a partir de uma estratificação da própria "clientela". Ou seja, os tipos de estratégias que a população utiliza para o acesso aos serviços de saúde, em termos de possibilidades reais de atendimento.

Adiciona-se a esta questão o fato de que o critério de proximidade geográfica da moradia dos usuários como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde não garante o acesso real. Outros fatores como a informação, a qualidade do atendimento e a identificação da clientela com o serviço, bem como as resistências colocadas pelas instituições, permeiam a relação acesso/utilização dos serviços de saúde (VELLOZO; SOUZA, 1993).

Conforme as autoras, a acessibilidade não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, nem tampouco se traduz na concepção de disponibilidade, pela simples presença dos recursos de saúde nas áreas onde existem. A acessibilidade no olhar dos usuários corresponde à relação entre as resistências que são apresentadas pelo próprio sistema, que se revelam nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam e o poder de utilização por parte de quem é atendido. Expressa a inter-relação entre cidadãos que demandam pelo atendimento e oferta feita pelo sistema.

Nesta realidade, observam-se, por parte dos usuários estrangeiros, atores envolvidos neste processo, que buscam acesso aos serviços de saúde no Brasil, que os benefícios são superiores às barreiras geográficas. Ou seja, os ganhos da ação – uso dos serviços de saúde no país vizinho, aqui no caso do Brasil, contra a percepção de que esta ação pode ser ilegal, arriscada, etc.

"*Lá* (referindo-se à Argentina) *é tudo longe e mato, tem que pegá e pagá carro pra ir pro hospital e por aqui* (refere-se ao rio Uruguai) *é bem mais perto, é só fazer pique* (termo utilizado para designar travessia de canoa ilegal entre os países pelo rio)" – fala de uma usuária argentina e que hoje reside no Brasil.

Tais questões expressam as relações sociais, a dinâmica, o confronto e conflito entre os sujeitos no processo de oferta e demanda por ações e serviços de saúde. "*Aqui tá melhor* (referindo-se ao Brasil) *e todos vêm pra cá buscar atendimento, mas tem que ser nós primeiro e depois eles*" – fala de uma usuária brasileira. Nesta compreensão, a população usuária tem um papel ativo, inclusive criando, em algumas situações, meios próprios de buscar atendimento, até muitas vezes burlando normas e regras. Tal situação também é característica de argentinos que aqui buscam atendimento no SUS. Os sistemas locais de saúde desta região em estudo atendem oficialmente estrangeiros não residentes em caso de urgência ou emergência e ambulatório especializado. Mas, na prática, tem-se conhecimento de que os estrangeiros se valem do apoio de parentes para comprovar residência no Brasil e muitas vezes de uma rede de solidariedade efetiva por parte das classes sociais menos favorecidas, assumindo o estrangeiro como sendo membro da sua família, na procura pelo atendimento nas unidades de saúde dos municípios. A universalização é uma discussão que, neste espaço, ainda precisa ser concretizada. Salienta-se ainda que têm acesso garantido nos serviços de saúde os estrangeiros que conseguem ter comprovação de residência no Brasil.

> A mais comum é a "locação" ou empréstimos de documentos que comprovem o domicílio, mas que não tenham fotos, como é o caso dos boletos das tarifas de energia elétrica e o certificado de contribuinte de pessoa física. Outra forma usada para obter o atendimento assistencial em saúde é aguardar a piora do estado geral do paciente e, quando há risco de vida, buscar o atendimento diretamente no hospital. Nesse caso o não atendimento implicaria em falta ética severa, com penalidade de cassação do registro do médico (SILVA; NOGUEIRA; SIMIONATTO, 2005).

Esta situação pode ser ilustrada nas seguintes falas: "*Meu cunhado da Argentina veio buscar atendimento aqui* (referindo-se ao Brasil) *e emprestei o meu número* (refere-se ao cadastro da família no posto de saúde)" – fala de uma usuária argentina que reside no Brasil. "*Tiram o que é daqui, tiram os lugares de outros, cada um tem o seu país, muitas pessoas vem com mentiras e vem pra cá pra se tratarem*" – fala de uma usuária brasileira que têm familiares morando na Argentina. Uma usuária brasileira que residiu na Argentina afirmou, no que se refere à apresentação de documentos para o acesso à saúde nos postos, o seguinte: "*eles* (argentinos) *dizem que perderam os documentos ou que não tem, dizem que moram com amigos*".

De acordo com estudos[20] feitos por Dal Prá (2006); Silva (2006); Simionatto e Nogueira (2005), os dados apontam que ao longo da linha da fronteira, em 92,9% das unidades de saúde pesquisadas, os respondentes indicaram a existência de demandas para atendimento de estrangeiros. No que se refere às razões para a procura do atendimento no Brasil, aponta-se, em ordem hierárquica, o seguinte: a gratuidade do sistema foi o motivo mais citado (15,9%), seguindo pela proximidade da residência (13,3%), qualidade dos serviços (12%), existência de amigos ou parentes no local (10,7%), precariedade dos serviços nos outros países (10,6%), inexistência do serviço de saúde no país de origem (9,2%) e facilidade de entrada no sistema (8,7%). Esta pesquisa ainda aponta que os estrangeiros são atendidos na rede de saúde, principalmente no nível de atenção básica e ambulatorial dentro da capacidade do município.

> Há o reconhecimento do trânsito interfronteiras, não havendo, no entanto, registro dessas demandas. [...] Os profissionais relatam uma ampliação das solicitações, mas não são capazes de identificar, de modo seguro, o tipo e o gênero de solicitação (NOGUEIRA, 2003).

Com a implantação do SUS, a eqüidade na saúde avançou principalmente no que se refere à ampliação do acesso, implantação e implementação de novos programas; se ampliou à cobertura de inúmeros serviços, porém ainda há persistência de desigualdade de acesso da população no sistema de saúde. Persistem diferenças de acesso, limites e oportunidades diferenciadas em função de critérios seletivos e excludentes.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) (2003)[21] e também conforme Travassos, Oliveira e Viacava (2007), ainda que o acesso à saúde entre os mais pobres tenha aumentado no país no período de 1998 e 2003, prevalece a desigualdade entre os diferentes estados e municípios. O acesso aos serviços de saúde no país é profundamente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. A região Sul, uma das mais desenvolvidas, apresentou nível de desigualdade social

[20] A discussão sobre a saúde em municípios de fronteira, no MERCOSUL, vem ganhando destaque, através do Grupo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas Públicas, vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Os resultados do projeto de pesquisa realizado, denominado **Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde,** nos municípios brasileiros que fazem fronteira com os países Argentina, Uruguai e Paraguai, do MERCOSUL, trouxeram contribuições e questionamentos que servirão de base e fundamentação para a implantação de políticas de saúde nessas regiões. Além de retratar as especificidades de cada faixa e linha de fronteira, os resultados apresentam dados importantes que revelam e desvelam uma realidade complexa.

[21] Informações pesquisadas disponíveis em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/> Acesso em: 11 de janeiro de 2007.

extremamente alto, sendo que o Estado do Rio Grande do Sul destacou-se, entre os estados analisados, pela magnitude das desigualdades sociais no acesso, mesmo sendo uma das regiões mais ricas do país. Há uma grande polaridade na possibilidade de usar serviços de saúde, quando necessário, entre os mais ricos e os mais pobres.

A pesquisa da PNAD (2003) tem como amostra a população adulta urbana – a população rural foi excluída da análise. Os dados indicam que a chance de uso de serviços dos moradores da Região Sul que pertencem à classe mais alta de renda foi 94,8% maior do que a daqueles na classe mais baixa. No caso do Nordeste, esta chance foi de 69,1% e no Centro-Oeste de 44,4%. No Sudeste e no Norte não houve diferença a favor das pessoas na classe maior de renda. Entretanto, no Sudeste, as pessoas na classe de renda intermediária apresentaram 32% maior de uso de serviços do que as pessoas nas outras classes de renda, relacionadas aos impasses atribuídos à concretização do direito universal à saúde.

Frente aos dados apresentados na pesquisa, pode-se afirmar que as desigualdades sociais relacionadas ao acesso podem expressar as particularidades do sistema de saúde de cada local e em regiões com bom nível de desenvolvimento social, econômico e de acesso aos serviços de saúde, como no caso da Região Sul, que está intensamente concentrado nos grupos de maior renda.

Ao acesso universal opõe-se o acesso seletivo. Questões intrínsecas à problemática do acesso aos serviços de saúde estão conjugadas aos fatores relacionados à regulação social do Estado e as formas de pressão da sociedade civil e fatores vinculados à dinâmica do próprio sistema de saúde. Os serviços de saúde são programados e têm regras estabelecidas de acesso e atendimento. Neste sentido, o acesso pode ser e estar condicionado a tais regras.

O princípio da universalidade tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, porém não tem criado condições para o estabelecimento da eqüidade. Torna-se necessário, para isso, a reformulação e adaptação de programas e ações em saúde, objetivando equilibrar a distribuição e a organização de serviços conforme as necessidades específicas de cada segmento social, que apresenta um variado leque de demandas, nem sempre percebidas e atendidas pelo Poder Público.

O atual cenário brasileiro vive um grande impasse na concretização do acesso universal aos serviços de saúde. Os acessos ao sistema único de saúde são seletivos, excludentes e focalizados, demonstrando um descompasso entre a legislação e a legitimidade social. Exclui-se do sistema segmentos sociais de diferentes camadas da sociedade, sendo que

a oferta de serviços é limitada e há pouca resolutividade. A assistência universal à saúde está condicionada aos mecanismos de racionamento dos gastos públicos.

Conforme aponta Giovanella (1996, p.14), a partir de 1998,

> a discussão dos significados de eqüidade no campo da saúde adquire especial importância à medida que os programas de ajuste vêm acompanhados de propostas, difundidas pelas agencias internacionais, para a implementação de políticas sociais residuais e seletivas em nome do alcance de maior eqüidade.

Diante disso, pode-se identificar no discurso da eqüidade nas propostas das agências internacionais como o Banco Mundial prepondera o argumento da eqüidade vertical - tratamento desigual para desiguais em detrimento da eqüidade horizontal – tratamento igual aos que são iguais.

As concepções de eqüidade ou igualdade em saúde e em serviços e ações de saúde determinam rumos profissionais, societários e nacionais, daí reside a importância de esclarecimentos sobre os mesmos. Consistem em determinar opções de vida saudável ou indigna para as pessoas, grupos e nações (NOGUEIRA, 2001).

A definição operacional de eqüidade adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) incorpora como princípio a igualdade de oportunidades. Eqüidade está referida à criação de iguais oportunidades em saúde, à possibilidade de todos terem uma justa oportunidade de realizar o seu potencial de saúde.

O conceito de eqüidade tem uma vinculação e uma dependência com os conceitos de acessibilidade e universalidade. Implica na convivência com a noção de sujeito de direitos e no reconhecimento das diferentes situações existenciais, nas quais este se relaciona no seu cotidiano, ou seja, implica em respeitar o outro enquanto sujeito de direitos. Influencia e é influenciado pela concepção que reconhece cada pessoa como um cidadão de direitos e identifica, em cada um, certo grau de liberdade e autonomia.

A eqüidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e a utilização dos serviços sanitários está determinada pelas necessidades de saúde da população e pelas características da oferta dos serviços. A eqüidade no uso dos serviços de saúde não resulta necessariamente em eqüidade em saúde, resultado que transcende o escopo de ação dos serviços de saúde. A eqüidade no acesso e utilização dos

serviços de saúde é condição necessária, mas não suficiente para a obtenção da eqüidade em saúde.

> La equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto muldimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales (SEN, 2002, s/p).

Quando se discute a categoria equidade é importante saber que esta não é uma categoria estabelecida em lei. Apreende-se a idéia de eqüidade enquanto 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. Ambos os conceitos, igualdade e eqüidade, partem do princípio de que a humanidade é diversa, plural, que os seres humanos diferem entre si em suas personalidades, identidades e necessidades. Escorel (2001) afirma que o conceito de eqüidade em saúde é construído pela definição do que é iniqüidade, por aquilo que não é, pelo negativo.

Segundo Escorel (2001), tradicionalmente a eqüidade em saúde tem sido abordada a partir de duas dimensões essenciais:

1. Em relação às condições de saúde – que analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer. As diferenças de condições de saúde são socialmente determinadas e não decorrem de alterações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Ou seja, os grupos de maior vulnerabilidade social estão mais expostos a adoecer;

2. Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde – que analisa as possibilidades de utilizar os serviços de saúde de distintos graus de complexidade por indivíduos com “iguais necessidades de saúde”. Adota-se neste caso o conceito de eqüidade horizontal, mantendo as desigualdades existentes previamente à entrada no sistema enquanto na eqüidade vertical o tratamento é desigual para indivíduos com necessidades distintas.

Com a concretização do SUS houve avanços significativos na legislação brasileira, sendo algumas categorias consolidadas como características do SUS: universal, integral,

descentralizado, racional, organizado em base às necessidades da população, eficiente e eficaz, democrático e equânime.

Especificamente na legislação que orienta este sistema, não há uma definição de eqüidade exceto de que é diferente de igualdade, mas estabelece que o princípio da eqüidade signifique que a rede de serviços deve ser atenta para as desigualdades existentes com o objetivo de ajustar as ações às necessidades de cada parcela da população. O que aparece na Constituição e na Lei Orgânica de Saúde é o princípio de igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, que se desdobra na universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Universal e igualitário são os dois conceitos centrais nestes textos legais (BRASIL, Lei 8080). Portanto, torna-se fundamental distinguir as categorias de igualdade e eqüidade.

Sobre a categoria igualdade, no dicionário político de Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004) são exploradas e apontadas as seguintes possibilidades: a igualdade das características pessoais – de qualquer ordem física, de habilidades, necessidades ou idade é um conceito descritivo, de comprovação empírica, não depende de escalas de valores; a igualdade de tratamento significa que a regra de distribuição é aplicada de modo imparcial; regras igualitárias de distribuição significam que duas pessoas quaisquer são tratadas iguais em relação a uma determinada regra de distribuição e, também, significam que duas pessoas são tratadas igualmente em virtude dessa regra.

Nesse dicionário, também se encontram os critérios tradicionais de igualitarismo, que podem ser descritos como: a) partes iguais para todos - é o princípio aristotélico da igualdade numérica que orienta um sistema moral ou jurídico em que benefícios e encargos são distribuídos, em partes iguais, para todos; b) partes iguais aos iguais – regras de distribuição que atribuem partes iguais de qualquer tipo a todos os iguais em alguma característica específica; c) partes iguais a um grupo relativamente grande – uma distribuição é mais igualitária quanto maior for o grupo de pessoas que recebe o benefício ou ônus. Este critério tem a vantagem de tornar o igualitarismo (e seu contrário) conceitos comparativos.

A igualdade proporcional significa que se atribui partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. A igualdade numérica não é senão um caso específico de igualdade proporcional. Neste sentido, a cada um segundo o próprio merecimento define que o mérito é o principal critério das regras de distribuição resgatadas em Aristóteles; envolve escalas de valores que estabelecem os valores relativos das pessoas; é objeto de avaliação subjetiva e não de verificação objetiva, são genuínos juízos de valor.

Distribuições desiguais correspondem a diferenças relevantes; isso preconiza que a regra de distribuição é igualitária se e quando as diferenças na distribuição correspondem a diferenças relevantes das características pessoais; é um conceito avaliativo, subjetivo, valorativo e não um termo objetivo, descritivo.

Distribuições desiguais justas significam que a regra pode ser inigualitária, mas ser justa porque são concessões desiguais a pessoas que são diferentes sob aspectos relevantes. É o que melhor permite discutir e distinguir os conceitos de igualdade e de justiça nas regras de distribuição. Por exemplo, impostos progressivos sobre rendimentos não é uma regra igualitária e, contudo, é justa.

A igualdade processual é quando o igualitarismo é um princípio que rege toda e qualquer regra de distribuição (igualdade de tratamento) a igualdade também está ligada à justiça. É uma regra normativa.

Regras de distribuição podem ser consideradas do ponto de vista de seus resultados, ou seja, da redistribuição resultante da regra. Seriam igualitárias quando nivelam ou reduzem as diferenças. A caracterização das regras de redistribuição como igualitárias ou não só pode ser feita em relação a uma distribuição anterior.

Nivelamento da riqueza exigiria o uso de distribuições acentuadamente desiguais sendo que o nivelamento completo de bens enquanto algo almejável é utópico; caso fosse atingido, prontamente reapareceriam as diferenças. Não significa eliminar, mas sim reduzir as desigualdades existentes quanto à propriedade.

A igualdade de oportunidades se relaciona à igualdade com o ponto de partida, ficando o ponto de chegada (resultados) na dependência das características pessoais (naturais). Envolve o tratamento desigual dos desiguais para que os grupos socialmente desfavorecidos possam usufruir das oportunidades que gozam os indivíduos socialmente privilegiados.

A igual satisfação das necessidades fundamentais é um princípio de nivelamento que considera que há um mínimo de necessidades que são idênticas a todos numa determinada época e numa dada sociedade.

E finalmente a cada um segundo a sua capacidade regra inigualitária de redistribuição que acompanha os princípios de igual satisfação das necessidades fundamentais e de oportunidades. Uma vez atendidas as necessidades mínimas de cada um e tendo todos a

mesma possibilidade, iniciam-se a competição: a posição ocupada ao fim por cada um dependerá unicamente da sua capacidade.

Sposati (1999, p.128) assinala que a “noção de igualdade só se completa se compartida à noção de eqüidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”.

No nível mais geral a eqüidade remete à justiça social e à igualdade de acesso e usufruto dos bens e riquezas nacionais. Na prática envolve as regras que regulamentam a distribuição de bens, que variam segundo cada sociedade, conjuntura histórica e orientações filosófico-políticas que determinam ou não a igualdade dos cidadãos.

Para Campos (2006), a noção de eqüidade está ligada ao direito universal. É contraponto para as desigualdades socioeconômicas e de saúde. O conceito se modifica conforme o sistema de valores, a concepção de organização social e mesmo de desenvolvimento econômico e social a que cada país se refere e estabelece.

Para este mesmo autor, essa noção nos sujeita a reconhecer que nenhum sistema de saúde teria uma capacidade absoluta de, ao definir regras e valores gerais, contemplar a imensa variedade das situações singulares, como o caso da saúde nos municípios de fronteiras. Portanto, a eqüidade deveria ser regida pelo princípio de que “a cada um segundo sua necessidade”. Tomada essa acepção, conclui-se que a construção da justiça e da igualdade implica no reconhecimento dessas diferenças de forma distinta. Cada região, cada município, cada sujeito tem diferentes demandas e necessidades; cada qual com suas especificidades e diversidades. Nos municípios de fronteira é um imperativo a importância de um olhar diferenciado sobre a questão da saúde (CAMPOS, 2006).

Neste sentido, pode-se afirmar que existem diversidades e disparidades regionais que dificultam a concretização dos princípios da universalidade e eqüidade conforme proposto no SUS, não garantindo e efetivando o direito à saúde, principalmente nos municípios de fronteira. Nestes, o acesso aos serviços de saúde não está sendo garantido concretamente, sendo que muitas vezes ocorre a violação do direito universal.

Nestas regiões, consideradas muitas vezes como periféricas, pode-se afirmar que o acesso aos serviços de saúde e demais políticas sociais ainda é bastante desigual. Se atentarmos para a situação do lugar, o problema da acessibilidade assume uma feição diversa para o cidadão (SANTOS, 2000). Observa-se que há um desconhecimento por parte de

gestores e da população local de leis e legislações no que se refere ao atendimento de estrangeiros no país.

Nos municípios fronteiriços, a distância geográfica muitas vezes é duplicada pela distância política. Estar em uma região periférica significa dificuldades e entraves para dispor de meios efetivos para atingir as fontes e os agentes do poder e de informações. A população vê-se desfavorecida no que se refere à pressão sobre o governo central, pois os organismos do Estado e autoridades públicas estão distantes (SANTOS, 2000).

Nestes espaços, as categorias de eqüidade e universalidade de acesso tornam-se ainda mais complexas para os que se propõem a garantir tais princípios à população na área da saúde, pois se sabe do trânsito de pessoas entre fronteiras. Estrategicamente, as pessoas buscam resolver suas demandas e exigências de sobrevivência e de saúde no país que tem maior estrutura de atenção e que disponibiliza mais serviços na área.

Diante disso, pode-se afirmar que as demandas de saúde não respeitam fronteiras e limites geográficos. A diferenciação no padrão de qualidade e nos meios de acesso aos serviços de saúde ofertados entre os países vizinhos são estímulos para as migrações. Acredita-se que nesta região o número real de usuários do sistema de saúde é diferente da população oficial, esta considerada para definir os valores dos repasses financeiros.

Uma distinta explicação para abordar as migrações é a ausência de direito a um entorno permanente. As pessoas mudam de lugar devido à inacessibilidade a bens e serviços essenciais para sua sobrevivência. Um lugar onde o indivíduo se encontra pode ser condição de sua pobreza e outro pode facilitar o acesso aos bens e serviços que lhe faltam. A distribuição dos serviços de saúde, no lado Argentino, pode estar em desarmonia com as exigências e demandas presentes daquela população. A mobilidade das pessoas nos municípios de fronteira pode se justificar por este fato. Assim, as migrações aparecem como uma resposta às tensões, para as quais o meio não oferece solução em seu arsenal institucional (SANTOS, 2000).

Nos municípios de fronteira aqui examinados, o acesso de estrangeiros argentinos aos serviços de saúde brasileiros vem se consolidando apenas em situações de emergências, casos de risco de vida e de atenção à doença e não na atenção à saúde. O princípio de eqüidade não está sendo garantido, pois há uma distância do ideal dos direitos humanos, indivisíveis e universais proclamados – Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em Resolução da III Sessão Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas em

10 de dezembro de 1948 – de promover o respeito universal, a observância e proteção aos direitos humanos e liberdades fundamentais de todos. Lembrando ainda que o direito à saúde é um direito universal.

O princípio da eqüidade deve reiterar a natureza universal dos direitos e liberdades. Dessa maneira, garantir e concretizar eqüidade é um dos grandes desafios numa sociedade extremamente desigual como a brasileira. Na realidade, segundo Campos (2006), a operacionalização desse conceito exige tal grau de sofisticação e de delicadeza da política, da gestão e da própria organização social, que em poucas situações concretas foi possível observar sua aplicação efetiva.

A equidade é entendida como a ausência de diferenças nas condições de saúde entre os segmentos mais e menos privilegiados socialmente. Se não há eqüidade é porque existem iniqüidades em saúde. Iniqüidades em saúde são entendidas como diferenças desnecessárias e evitáveis as quais são, ao mesmo tempo, consideradas injustas e indesejáveis. Ou seja, as iniqüidades em relação ao perfil de saúde são as desigualdades que podem ser contornadas e que impedem os indivíduos de alcançar plenamente seu potencial de bem estar e de realização de liberdades substantivas.

As desigualdades ou iniqüidades são determinadas quando a liberdade de escolha de estilos de vida é limitada, pela exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias, por acesso inadequado a serviços públicos essenciais. Entre estes se pode citar os de saúde, e por mobilidade social relacionada à saúde.

> As desigualdades serão consideradas justas ou injustas conforme as distintas interpretações sobre os processos sociais determinantes da estratificação social, uma vez que as iniqüidades em saúde estão fundadas nas relações sociais que determinam as chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes da utilização daqueles recursos (TRAVASSOS; FERNANDES, 1995, p. 175).

Outro eixo de análise importante refere-se aos fatores relacionados à oferta dos serviços. As ofertas de serviços podem induzir demanda aos serviços de saúde bem como obstáculos que influenciam a utilização do mesmo. Tal fato é real nas regiões de fronteira, pois se tem conhecimento, conforme pesquisas realizadas, de que existem para os usuários estrangeiros obstáculos relacionados ao tempo de percurso – distância – para utilização dos serviços oferecidos pelo país vizinho – Argentina. Assim torna-se mais acessível o uso dos

serviços de saúde nas regiões de fronteira do Brasil devido à localização geográfica, especificamente aqui neste recorte[22].

Neste sentido, tem-se a idéia de que os serviços de saúde deveriam ser organizados através do princípio da base territorial. Esta base viabilizaria o processo de programação e administração dos serviços locais de saúde, um espaço em permanente construção, pois é um produto de uma dinâmica social, considerando os fluxos, a ocupação do espaço, as barreiras geográficas, etc.

Para alcançar a cidadania é preciso também assegurar aos indivíduos a satisfação das suas necessidades básicas. Isto posto, a categoria acesso, compreendida enquanto acesso aos serviços de saúde e aos demais serviços e políticas sociais a todos os indivíduos, constituem-se na efetivação do direito de cidadania, na garantia da cidadania plena – conforme assegurado na legislação brasileira.

Concluindo este tópico, evidencia-se que o reconhecimento do direito à saúde não é um dado *a priori*, mas se constrói no cotidiano das relações travadas entre os usuários e suas demandas, os serviços de saúde, o Estado e a sociedade civil.

Perpassam tanto as representações sociais dos usuários sobre a inserção de estrangeiros no SUS, envolvendo valores, crenças, resistências, como permitindo processos culturais, políticos, econômicos, históricos e condições de sobrevivência.

Portanto, o acesso extrapola a sua dimensão geográfica ou mesmo relativa à mobilidade da população usuária. É um dado de realidade no qual a população estrutura as suas estratégias de acesso aos serviços a partir da referência do seu cotidiano e na sua vinculação com as condições mais imediatas de disponibilidades oferecidas. Partindo desse referencial, se propõe discutir, no próximo item, os mecanismos presentes e condicionantes do acesso de estrangeiros argentinos aos serviços de saúde no Brasil – os determinantes em saúde.

[22] A forma mais corriqueira de mostrar a localização e distância entre os municípios no espaço é através de mapas. Tal situação também poder ser visualizada com mais clareza no mapa do Anexo A.

3.3 Determinantes do acesso aos serviços de saúde

Como qualquer espaço geográfico e parte de uma totalidade mais ampla, esta região está em permanente transformação. Nesta realidade, percebe-se a existência de determinantes que afetam e influenciam a vida da população no que se refere à saúde, bem como determinantes que condicionam a procura dos estrangeiros argentinos pelo atendimento nos serviços de saúde brasileiros.

Há várias razões, uma multiplicidade de fatores pelos quais as condições sócio-econômicas e principalmente geográficas influenciam o uso efetivo dos serviços de saúde da fronteira. Ou seja, são determinantes pela procura de atendimento. Cabe neste estudo desvendá-los, tentando compreender este fenômeno na sua essência.

> Captar o fenômeno de determinada coisa significa indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao mesmo tempo nele se esconde. Compreender o fenômeno é atingir a essência. Sem o fenômeno, sem a sua manifestação e revelação, a essência seria inatingível (KOSIK, 1976, p.16).

Tem-se aqui a tarefa de construir e realizar um complexo de mediações de como estes fatores incidem sobre a saúde da população e no uso dos serviços de saúde nesta região delimitada. Faz-se mister conhecer como os determinantes sociais, em suas inter-relações e mediações, afetam a saúde desta população e influenciam o uso dos serviços de saúde. Nesse sentido, este estudo tem a pretensão de apontar os instrumentos de promoção à saúde e de garantia de igualdade de atendimento a todos que buscam pelos serviços de saúde, de efetivação do direito à saúde enquanto direito fundamental, para que tenha eficácia social à norma constitucional que consagra a saúde como direito de todos.

As concepções jurídico-políticas e teórico-conceituais, expressas na Constituição Federal, chamam a atenção para os determinantes sociais da saúde. No Brasil, o debate sobre os determinantes sociais teve pouca centralidade no âmbito da política de saúde pública e coletiva nos anos posteriores ao início da implementação do SUS, muito embora esse tema tenha sido o fato inovador da Lei Orgânica da Saúde/LOS 8.080/90, resguardado no art. 3º, e na Carta Constitucional, sob o art. 196 (SILVA, 2006).

Conforme Travassos e Martins (2004), os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados à necessidade de saúde –

morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço, por exemplo, ambulatorial, hospitalar, assistência domiciliar e da proposta assistencial, cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação.

Silva (2006, p. 41) entende que os,

> mecanismos diversificados determinam as condições de vida das pessoas, bem como as suas vivências em saúde e doença. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se: os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética); o meio físico (que incluí condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação); os meios sócio-econômico e cultural (expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais); **a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado** [grifo nosso].

Apesar de avanços alcançados nas últimas décadas, no que se refere aos direitos e conquistas sociais, especialmente na área da saúde, com a criação de um Sistema Único de Saúde, persistem as iniqüidades no setor, decorrentes do desemprego, da falta de acesso à moradia digna, sistemas de saneamento básico, serviços de saúde e educação de qualidade e um meio ambiente protegido.

Objetivando intervir nesta realidade, o governo brasileiro cria, em 13 de março de 2006, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)[23] (BRASIL, 2007c), cujo objetivo principal é reduzir as iniqüidades sanitárias, objetivando melhorar os níveis de saúde da população brasileira. Justifica-se a concepção desta comissão devido às disparidades regionais e as desigualdades de saúde entre grupos da população. A Comissão

[23] Disponível em: <http:// www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm> Acesso em: 25 de janeiro de 2007.

está integrada por dezesseis personalidades provenientes dos mais diversos setores da vida social, econômica, cultural e científica do país.

Tal comissão tem como linhas fundamentais de atuação: a produção de conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniqüidades em saúde; a promoção e avaliação de políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local regional e nacional, relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS); a atuação junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre as condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniqüidades em saúde.

Conforme CNDSS (2005), os determinantes sociais de saúde são apreendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, relacionando-se com as condições de vida e de trabalho das pessoas, como habitação, serviços de saúde, dentre outros.

Ou seja, são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham; são as características sociais dentro da qual a vida transcorre. (TARLOV apud CNDSS, 2005, p. 04). Os determinantes apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (CNDSS, 2005)[24].

Reiterando este conceito, Lopes (2001) argumenta que determinantes sociais da saúde são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população, como renda, educação, trabalho, transporte, saneamento, meio ambiente. Tratar a questão da saúde a partir da análise de determinantes sociais é fundamental para a elaboração e a implementação de políticas públicas conseqüentes.

Outro aspecto que interessa investigar, no que se refere aos determinantes que possam influenciar na procura pelo atendimento à saúde, é a presença de redes de solidariedade neste espaço geográfico. Tais redes parecem ultrapassar a noção de cidadania condicionada ao aspecto da fronteira física, expressa nas formas e nas estratégias utilizadas por alguns habitantes da região de fronteira para a inserção no sistema de saúde. Denotam

[24] Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br> Acesso em: 25 de janeiro de 2007.

uma ampliação conceitual do direito de cidadania, parecendo construir um conceito próprio da faixa de fronteira, entendendo-a mais como uma área de transição e não de limite territorial. O que move a construção de tais redes ou que compreensão os seus integrantes têm sobre o direito à saúde são outras questões que merecem um aprofundamento.

Salienta-se ainda que a globalização – e como conseqüência a formação dos blocos regionais –, abordada no primeiro capítulo, pode ser compreendida como um determinante social de nível macro que provoca impacto sobre a produção social de saúde. Pode-se observar na sociedade atual que os benefícios da globalização não são iguais a todas as nações. Esta provocou impactos positivos para algumas nações e para outras, negativos. Em algumas, a globalização gerou desenvolvimento, impulsionando a economia, a livre concorrência, o aumento do capital financeiro. Já em outras, a globalização é sinônimo de marginalização, acirrou a exclusão social, a pobreza, o desemprego, o trabalho informal, a dependência externa do capital.

Pretende-se, no próximo item, contextualizar sucintamente, no Brasil e na Argentina, a concepção sobre o direito à saúde e os perfis dos sistemas de saúde[25] destes países, apresentando informações que possam caracterizá-los e assinalar suas semelhanças e diferenças, objetivando desvendar e elucidar a questão central desta pesquisa.

3.4 A contextualização do espaço fronteiriço brasileiro e argentino

Do lado brasileiro, a Região Fronteira Noroeste[26], conforme definição do Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE), também é conhecida como Região da Grande Santa Rosa, estando situada no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, na fronteira com a Argentina. É composta por vinte municípios (ver nota de rodapé n.° 1) e abrange uma área total de 5.605,44 km^2, com população total em 2004 de 228.137 habitantes (IBGE, 2006).

Santa Rosa é o município sede da Região Fronteira Noroeste, estando aproximadamente distante 1.300 km de Buenos Aires, capital da Argentina. Na fronteira com a Argentina existem 724 quilômetros, todos eles acompanhando o curso do rio Uruguai. A

[25] As informações referentes ao sistema de saúde do Brasil e da Argentina foram coletadas através de uma publicação sobre a rede de serviços de saúde na região da Tríplice fronteira - Argentina, Brasil e Paraguai, no período de 2001 a 2002, organizada pela OPAS em 2004.

[26] Denominação de acordo com a constituição dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento, realizado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, em 1991.

região noroeste do RS constitui, em termos geográficos, um extenso planalto que se inclina para o Rio Uruguai, recortando o Estado ao norte e ao oeste, na fronteira com a Argentina.

A região Fronteira Noroeste do RS está voltada à produção de milho, soja, leite, frutas e outros produtos coloniais, bem como industriais (principalmente equipamentos agrícolas). No final do século XIX, quase toda região era de extensa mata, ocupada por indígenas guaranis remanescentes. Com a ocupação das terras ao redor de Porto Alegre e de Caxias do Sul, os descendentes de colonos alemães e italianos tiveram que migrar em busca de novas áreas, fundando sucessivas "novas colônias". Desta forma, foram ocupando áreas mais ao oeste do Estado, até a fronteira com a Argentina. Assim, pode-se afirmar que a grande maioria da população residente nesta região é descendente de imigrantes de origem alemã e italiana. A região possui uma cultura diversificada que a potencializa em relação às demais regiões do estado. Há predominância das etnias alemã, italiana, polonesa e russa, entre outras, apresentando características culturais específicas (KOHLER, 2006).

Em relação às características físico-naturais da região, pode-se salientar que a sua localização é geograficamente periférica e economicamente deprimida; muitos dos municípios – Doutor Maurício Cardoso, Novo Machado, Porto Mauá, Alecrim, Porto Vera Cruz e Porto Lucena – são fronteiriços e com características de desenvolvimento tardio. Esta região de fronteira localiza-se distante dos centros de poder e podem-se observar alguns fenômenos como migração interna e contrabando, elementos de tensão no cotidiano de fronteiras.

Na Região, observam-se algumas características peculiares aos municípios de fronteira aqui estudados.

> Hay fenómenos que son nacionales y estructurales, como la inflación, pero que en una región particular tiene un comportamiento singular. La combinación especifica de factores generales y locales otorga a la región su perfil, su singularidad. Todos los fenómenos macro estructurales, nacionales y aun internacionales poseen una forma de ser especifica, localizada (ABÍNZANO, 2004, p.21).

Salienta-se que uma delas diz respeito às raízes históricas e culturais comuns nos países. Nessas fronteiras convivem diferentes grupos sociais que proporcionam uma interface política, econômica e cultural, permitindo o desenvolvimento de cultura com costumes e tradições que, embora próprias de cada país, incorporam especificidades de outros.

Há existência de traços e fluxos de pessoas neste espaço que expressam a convivência entre a população fronteiriça. Independentemente do lugar de origem e destino do

país, algumas distâncias são mais curtas e a duração do percurso é menor, fazendo com que o indivíduo compare entre os níveis de vantagens do lugar onde mora com os demais lugares alternativos que conhece. Incorpora diversos fatores como condições econômicas, sociais, políticas e culturais – poder de compra, possibilidade de emprego, aceitação social, idioma, facilidade no acesso aos serviços e ações oferecidas nas diferentes áreas. Aqui, o caso específico da saúde.

Nas cidades que compõem a amostra da pesquisa, transitam pessoas que residem em cidades fronteiriças e que migram, em média, por dias ou por curtos períodos de tempo. Tal situação denomina-se de migração transfronteiriça (ASTORGA; PINTO; FIGUEROA, 2004). De forma mais esporádica encontram-se pessoas que migram por longo tempo ou definitivamente no país.

Atualmente existem novas dinâmicas na fronteira, estimuladas pelo fenômeno da globalização e do MERCOSUL, da livre circulação de pessoas e mercadorias. Neste eixo a nacionalidade tende a ser uma variável de menor importância, visto que nestas áreas de interface aprofundam-se intercâmbios, há mistura de nacionalidades, ampliando assim o leque de possibilidades de obter benefícios e serviços nas diversas áreas, passando a constituir-se em uma estratégia de sobrevivência familiar.

Em relação à população dos municípios que compuseram a amostra desta pesquisa, dados do IBGE[27] apresentam a população estimada, no ano de 2005, e a área territorial dos municípios. São municípios de pequeno porte, tanto no que se refere ao número de habitantes como na sua extensão territorial, com exceção de Santa Rosa. Um dado relevante refere-se a extensão de costa de fronteira dos municípios, 161 km, um número bastante significativo para a região fronteira noroeste. A sistematização desses dados consta no quadro abaixo:

Município	**População Estimada**	**Área territorial Km²**	**Km de Extensão de fronteira**
Alecrim	7.465	315	42
Doutor Maurício Cardoso	5.778	256	17
Novo Machado	4.257	219	25
Porto Mauá	2.707	106	27
Porto Lucena	5.954	250	32
Porto Vera Cruz	2.223	114	18
Santa Rosa	69.232	490	*

* O município de Santa Rosa não é fronteiriço, não apresentando, portanto, quilômetros de extensão de fronteira.

[27] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/default.shtm> Acesso em: 11 de janeiro de 2007.

Quanto aos recursos públicos de saúde brasileiros[28], disponíveis ao longo da linha de fronteira dos municípios selecionados para a amostra, predominam hospitais privados conveniados com o SUS, totalizando então 4 (quatro) hospitais, sendo 1 (um) contratado e 3 (três) filantrópicos; há apenas 1 (um) hospital público municipal nesta linha de fronteira. E em três municípios não existe hospital. Destes dados apresentados, salienta-se que o município de Santa Rosa conta com 2 (dois) hospitais (um contratado e um filantrópico). Correspondendo ao pequeno porte dos municípios, a estrutura assistencial do SUS é predominantemente de atenção básica, com unidades presentes em todos os municípios.

Em relação à rede ambulatorial, pode-se dizer que em seis municípios há unidades de saúde da família: Programa Saúde da Família (PSF); e em um município não há o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), nem unidade do Programa Saúde da Família (PSF) – município de Porto Vera Cruz.

Especificando um pouco mais os dados referentes à rede ambulatorial, descreve-se de forma bastante sucinta a realidade de cada município de linha de fronteira aqui pesquisada. Acredita-se que a configuração do modelo de saúde destes municípios está intrinsecamente ligada à procura pelo atendimento, pelos serviços de saúde (que tipo de ações e serviços são ali disponibilizados). Pretende-se também apresentar dados referentes aos municípios vizinhos do outro lado do país, a Argentina. Torna-se de fundamental importância explorar tais informações:

Município	**Rede Ambulatorial**
Alecrim	1 (um) posto de saúde, 1 (um) centro de saúde e 1 (um) ambulatório de unidade hospitalar geral.

[28] No que se refere aos tipos de unidade, entende-se por **Unidade de saúde da família** a unidade específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes do PSF do Ministério da Saúde. **Posto de saúde** é a unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população por profissionais de nível médio, com a presença intermitente ou não do médico. **Centro de saúde/unidade básica de saúde** é a unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas. Podendo ou não oferecer Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e pronto-atendimento 24 horas. **Policlínica** é a unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo oferecer outras especialidades não médicas e oferecer ou não SADT e pronto-atendimento 24 horas. **Clínica especializada**/**ambulatório especializado** é clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência, por exemplo, um centro psicossocial, reabilitação, etc. **Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia** são unidades isoladas nas quais são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente. **Unidade de vigilância sanitária** é a unidade operacional estruturada em espaço físico para desenvolvimento de ações relacionadas à vigilância sanitária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion.cfm> Acesso em: 24 de janeiro de 2007.

Doutor Maurício Cardoso	3 (três) policlínicas e 1 (um) ambulatório de unidade hospitalar geral
Novo Machado	4 (quatro) policlínicas
Porto Lucena	1 (um) posto de saúde, 1 (uma) policlínica e 1 (um) ambulatório de unidade hospitalar geral.
Porto Mauá	1 (um) posto de saúde
Porto Vera Cruz	1 (um) posto de saúde e 1 (uma) policlínica
Santa Rosa	11 (onze) centros de saúde, 2 (duas) policlínicas, 2 (dois) ambulatórios de unidade hospitalar geral, 13 (treze) clínicas especializadas, 8 (oito) serviços auxiliares de diagnose e terapia e 1 (uma) unidade de vigilância sanitária.

Nos municípios de Alecrim, Doutor Maurício Cardoso e Novo Machado, em relação à questão número 01 do formulário de pesquisa realizado, referindo-se à entrada de pessoas estrangeiras no município e na fronteira do lado estrangeiro, como é regulada a entrada de pessoas brasileiras na(s) cidade(s) vizinha(s) os entrevistados foram unânimes ao afirmar que é livre a circulação de pessoas, não sendo necessário apresentar documentos de identificação, informar motivo da entrada e nem limite de número de entradas para cada pessoa. Tampouco há controle das bagagens individuais e dos veículos. Também afirmam que não existe uma identidade de residente em fronteira.

Nestes três municípios não há portos e nem aduana, sendo a travessia realizada de maneira ilegal através de canoas, barrancos e matos. As narrativas dos usuários brasileiros e argentinos evidenciam que no outro lado, na Argentina, a população que ali reside próxima aos municípios pesquisados é muito pobre. Além de não dispor de recursos financeiros não há oferta de ações e serviços de saúde, pois os municípios argentinos com maior capacidade instalada ficam distantes desta região. Reitera-se, assim, que o acesso, no que se refere à distribuição espacial dos equipamentos e serviços, é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários (COHN et al, 2002). Na grande maioria, são brasileiros ou filhos de brasileiros que foram residir no país vizinho almejando melhores condições de trabalho. Frente a estas informações observa-se que os fatores geográficos, organizacional, sociocultural, econômico e a ausência de serviços portuários e aduana facilita a circulação de pessoas nos referidos países e assim o acesso às ações e serviços de saúde do SUS.

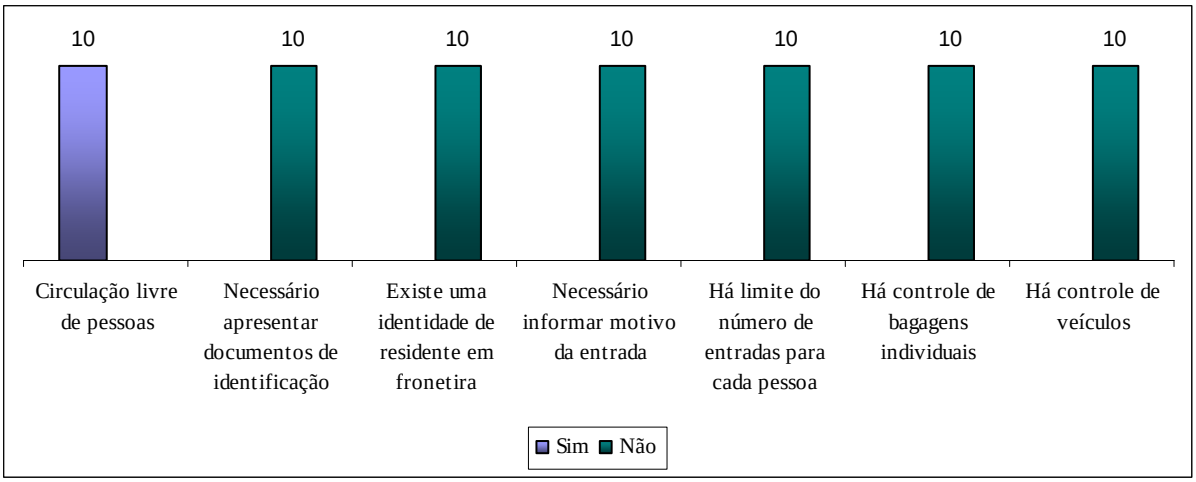


Gráfico 04 - Brasil, regulada a entrada de pessoas estrangeiras.

Sobre a fronteira do lado estrangeiro, no município de Alecrim, entre os entrevistados, 09 (nove) afirmaram que é livre a circulação de pessoas, não sendo necessário apresentar documentos de identificação; apenas 01 (um) respondeu que não é livre a circulação de pessoas sendo, portanto, necessário apresentar documentos de identificação. As demais respostas foram todas apontadas "não" – existência de uma identidade de residente em fronteira; necessário informar motivo da entrada; há limite de número de entradas para cada pessoa; há controle das bagagens individuais; há controle dos veículos. Os dados apontados pelos usuários neste município não são divergentes dos demais. Como referido anteriormente, não há serviços portuários e aduana no país vizinho, a travessia é realizada livremente e de maneira ilegal o que facilita a circulação de pessoas entre os países.

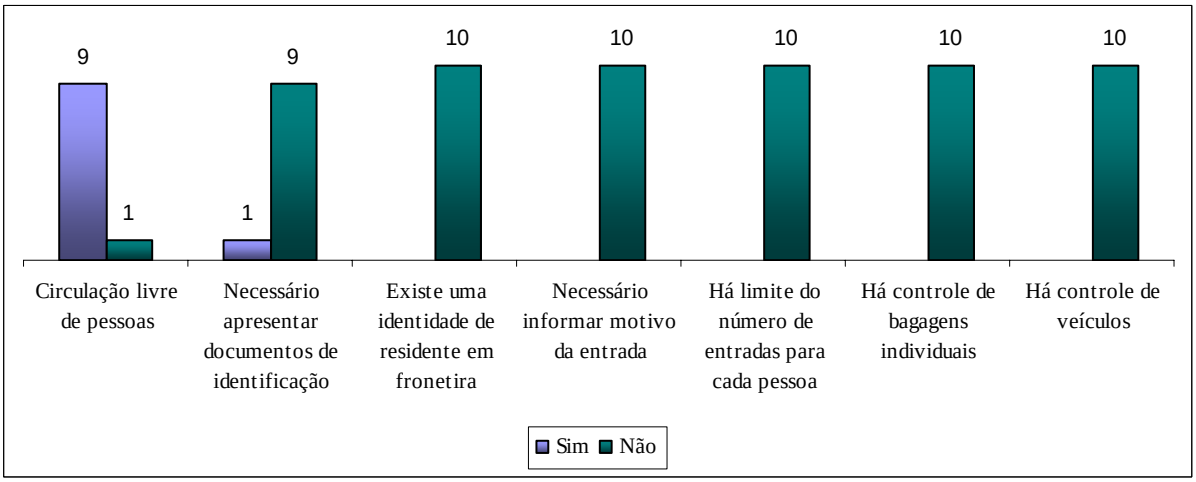


Gráfico 05 - Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Alecrim).

Sobre o lado estrangeiro, dentre os entrevistados do município de Doutor Maurício Cardoso, todos afirmaram que é livre a circulação de pessoas, não sendo necessário apresentar documentos de identificação. As informações deste município foram iguais no lado brasileiro e argentino. As demais respostas também foram negativas, no que se refere à existência de uma identidade de residente em fronteira; necessário informar motivo da entrada; há limite de número de entradas para cada pessoa; há controle das bagagens individuais; há controle dos veículos. Tais informações demonstram que a regulação e entrada de pessoas estrangeiras neste município, que não possui serviços portuários, é livre, não havendo nenhuma barreira e/ou controle em relação ao acesso, facilitando assim a circulação e o acesso das pessoas aos diferentes serviços e ações desenvolvidas pelo município.

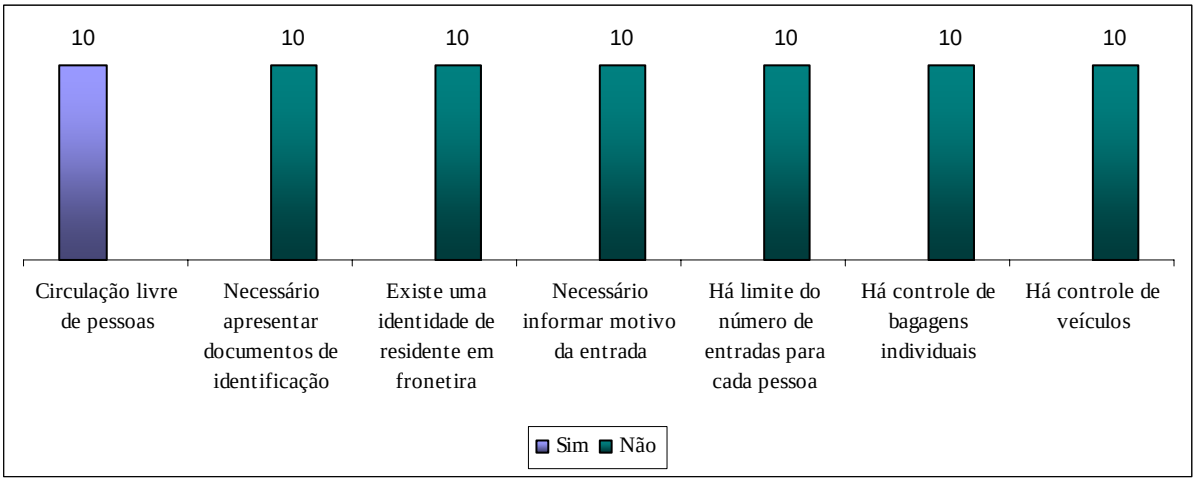


Gráfico 06 - Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Doutor Maurício Cardoso).

Em Novo Machado, no lado estrangeiro, dentre os entrevistados, 02 (dois) afirmaram que é livre a circulação de pessoas, não sendo necessário apresentar documentos de identificação; 08 (oito) responderam que não é livre a circulação de pessoas sendo, portanto necessário apresentar documentos de identificação. As demais respostas foram todas negativas em relação à existência de uma identidade de residente em fronteira, necessidade de informar motivo da entrada, limite de número de entradas para cada pessoa, controle das bagagens individuais e controle dos veículos. Nesta questão, um entrevistado relatou de maneira significativa que no país vizinho "*existe um controle maior, exigência, rigoroso,*

inclusive prendem". Neste município, no país vizinho, há serviços aduaneiros e fiscalização de entrada de pessoas. Tal fato pode ter influenciado nas informações fornecidas pelos usuários, dificultando assim, de certa maneira, mas não de forma significativa, a entrada e circulação de pessoas.

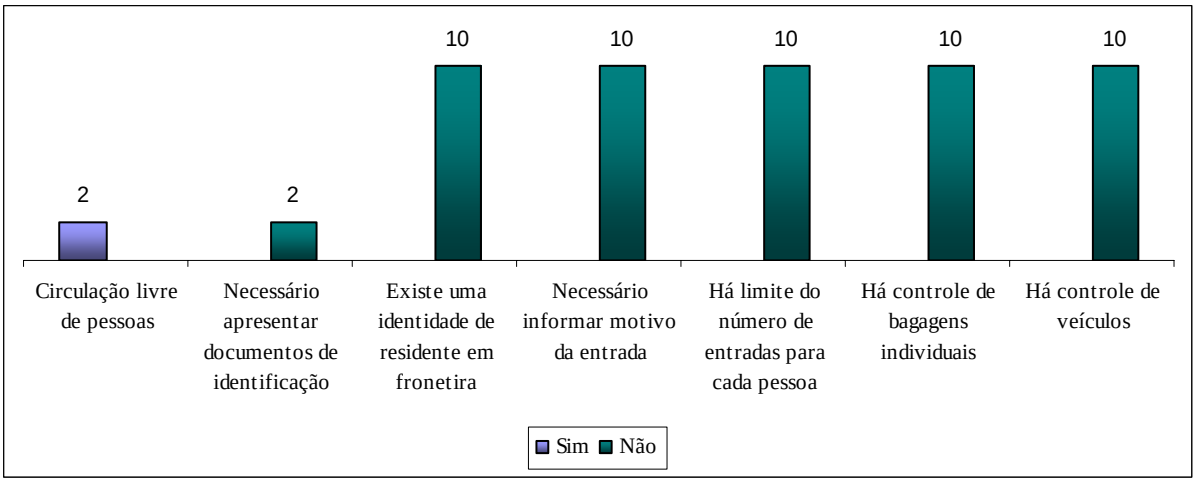


Gráfico 07 - Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Novo Machado).

No município de Porto Lucena em relação à regulação da entrada de pessoas estrangeiras e na fronteira do lado estrangeiro, como é regulada a entrada de pessoas brasileiras na(s) cidade(s) vizinha(s), 08 (oito) pessoas entrevistadas, do lado brasileiro, responderam que é livre a circulação de pessoas e não é necessário apresentar documentos de identificação. Apenas 02 (duas) informaram que não é livre a circulação de pessoas e que é necessário apresentar documentos de identificação. As demais informações foram de que não é necessário informar motivo da entrada e nem limite de número de entradas para cada pessoa tampouco há controle das bagagens individuais e dos veículos. Também afirmam que não existe uma identidade de residente em fronteira. Neste município também não há serviços portuários e aduana e a fronteira é muito próxima à sede do município. Vale salientar que este município fica a 100 km de distância de Posadas, o município da região mais próximo da Província de Misiones.

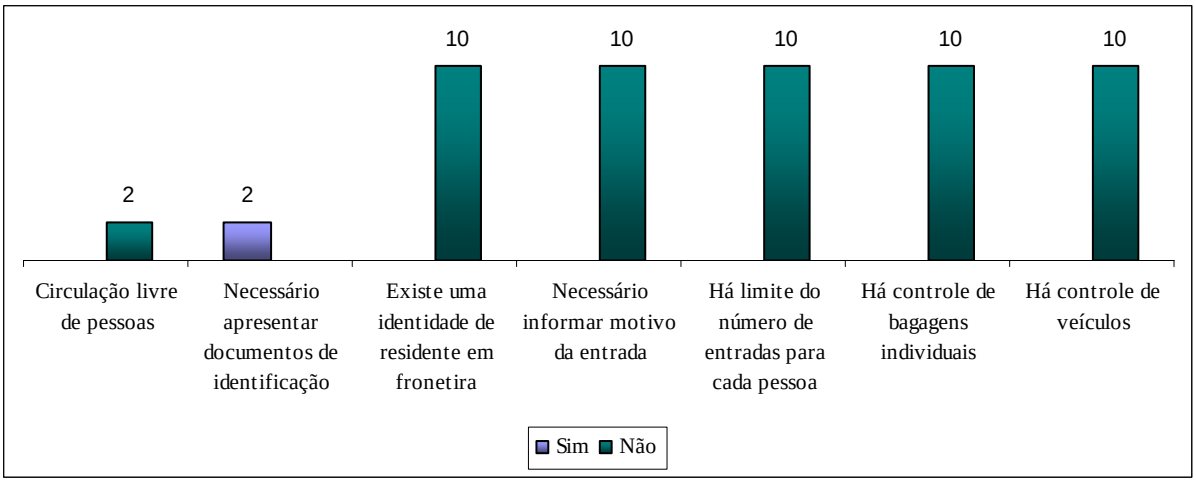


Gráfico 08 - Brasil, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Lucena).

Sobre a fronteira do lado estrangeiro, em Porto Lucena, entre os entrevistados, 07 (sete) afirmaram que é livre a circulação de pessoas, não sendo necessário apresentar documentos de identificação; 03 (três) entrevistados responderam que não é livre a circulação de pessoas sendo, portanto, necessário apresentar documentos de identificação. As demais respostas foram todas “não” – existência de uma identidade de residente em fronteira, necessário informar motivo da entrada, limite de número de entradas para cada pessoa, controle das bagagens individuais e há controle dos veículos. Nesse município, os dados também não são tão divergentes; como não há cidades próximas do outro lado, no país vizinho facilita o trânsito e a circulação de pessoas entre os países.

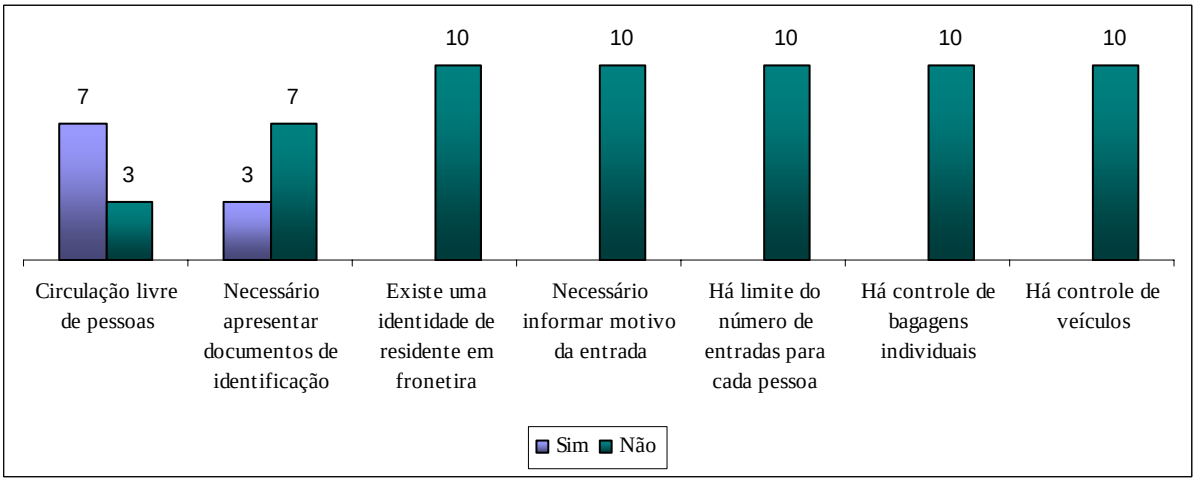


Gráfico 09 - Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Lucena).

Os municípios de Porto Mauá e Porto Vera Cruz, contam com serviços portuários e aduana, sendo que a sede dos municípios fica na ribanceira do rio Uruguai. E em relação à regulação da entrada de pessoas estrangeiras e na fronteira do lado estrangeiro, como é regulada a entrada de pessoas brasileiras na(s) cidade(s) vizinha(s), as informações prestadas por usuários brasileiros e argentinos foram idênticas. Salienta-se que, nestes dois municípios, há uma maior referência ao controle de circulação de pessoas e necessidade de apresentação de documentos. Tal fato deve-se à existência do porto que controla o fluxo de pessoas entre os países. Porém, para além deste espaço, existe o trânsito informal e ilegal de pessoas.

Em Porto Mauá tanto do lado brasileiro, como do argentino 04(quatro) entrevistados afirmaram que não é livre a circulação de pessoas sendo necessário apresentar documentos de identificação. Porém, não é necessário informar motivo da entrada e nem limite de número de entradas para cada pessoa, tampouco há controle das bagagens individuais e dos veículos. Também afirmam que não existe uma identidade de residente em fronteira.

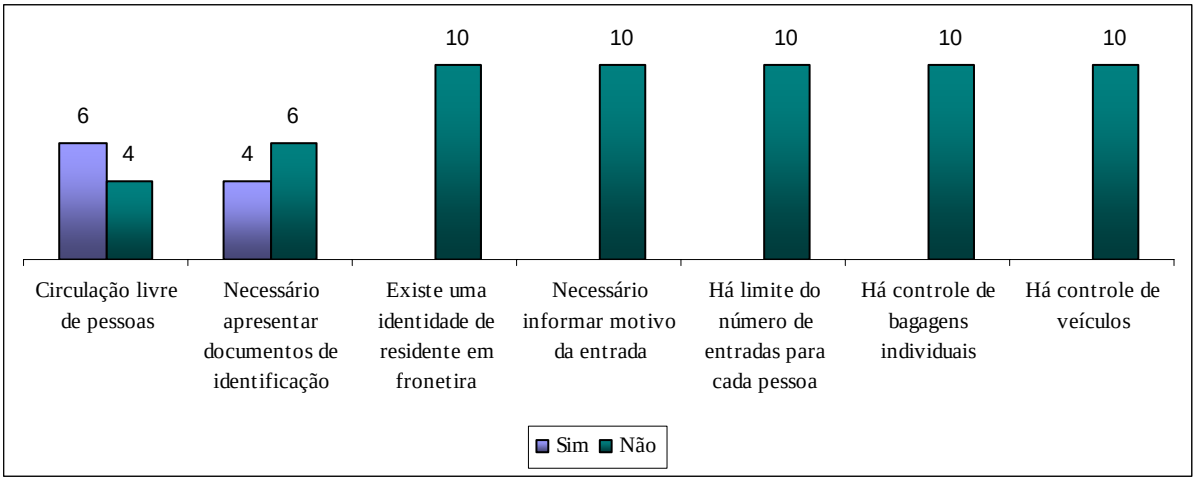


Gráfico 10 - Brasil e Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Mauá).

Porto Vera Cruz em relação à questão número 02 – Na fronteira do lado brasileiro, como é regulada a entrada de pessoas estrangeiras no seu Município e na fronteira do lado estrangeiro, como é regulada a entrada de pessoas brasileiras na(s) cidade(s) vizinha(s), dos entrevistados, do lado brasileiro e do lado estrangeiro, apenas 02 (dois) declararam que não é livre a circulação de pessoas e, neste sentido, não é necessário apresentar documentos de identificação, informar motivo da entrada e nem limite de número de entradas para cada

pessoa, tampouco há controle das bagagens individuais e dos veículos. Também afirmam que não existe uma identidade de residente em fronteira.

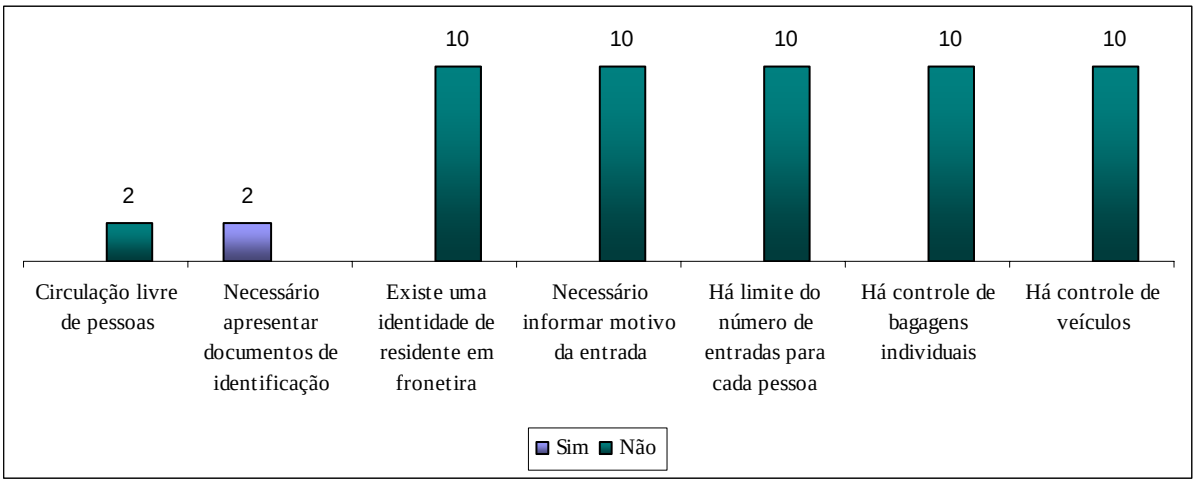


Gráfico 11 - Brasil e Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Porto Vera Cruz).

O município de Santa Rosa é o centro de referências na área da saúde para os demais municípios da região. Neste município, em relação à regulação da entrada de pessoas estrangeiras e na fronteira do lado estrangeiro, como é regulada a entrada de pessoas brasileiras na(s) cidade(s) vizinha(s), os entrevistados responderam de forma bastante diversificada alguns itens do formulário em comparação com os demais municípios que compõem a amostra. Tal fato é significativo na medida em que se difere dos demais municípios e proporciona uma nova representação social sobre a regulação da entrada de pessoas estrangeiras no Brasil bem como na Argentina.

Do lado brasileiro, os entrevistados disseram que é livre a circulação de pessoas (10 pessoas), porém é necessário apresentar documentos de identificação (06 pessoas), informar motivo da entrada (03 pessoas), não há limite de número de entradas para cada pessoa, há controle das bagagens individuais (02 pessoas) e dos veículos (03 pessoas). Também afirmam que não existe uma identidade de residente em fronteira. Em Santa Rosa pode-se observar que as respostas de alguns entrevistados apontam para um maior controle e regulação de entrada de pessoas estrangeiras no nosso país, para além da circulação livre de pessoas e necessidade de apresentar documentos de identificação.

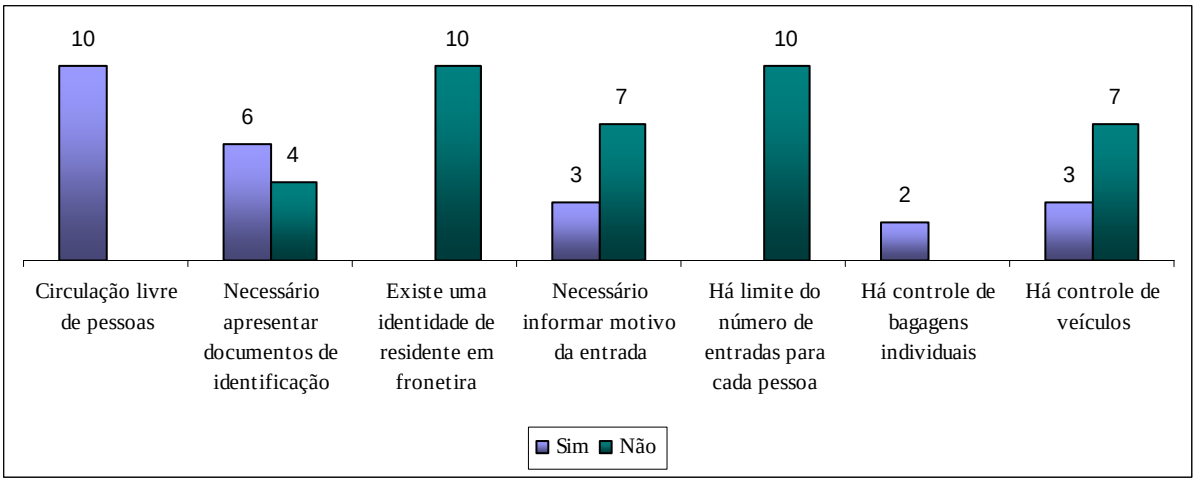


Gráfico 12 - Brasil, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Santa Rosa).

Sobre a fronteira do lado estrangeiro, dentre os entrevistados, 05 (pessoas) afirmaram que não é livre a circulação de pessoas, sendo necessário apresentarem documentos de identificação (09 pessoas). É necessário informar motivo da entrada (05 pessoas), porém não há limite de número de entradas para cada pessoa; mas há controle das bagagens individuais (06 pessoas) e dos veículos (06 pessoas). Não existe uma identidade de residente em fronteira. Em relação a esta questão, observa-se também uma diversidade de respostas que indicam um maior controle e regulação de pessoas no país vizinho.

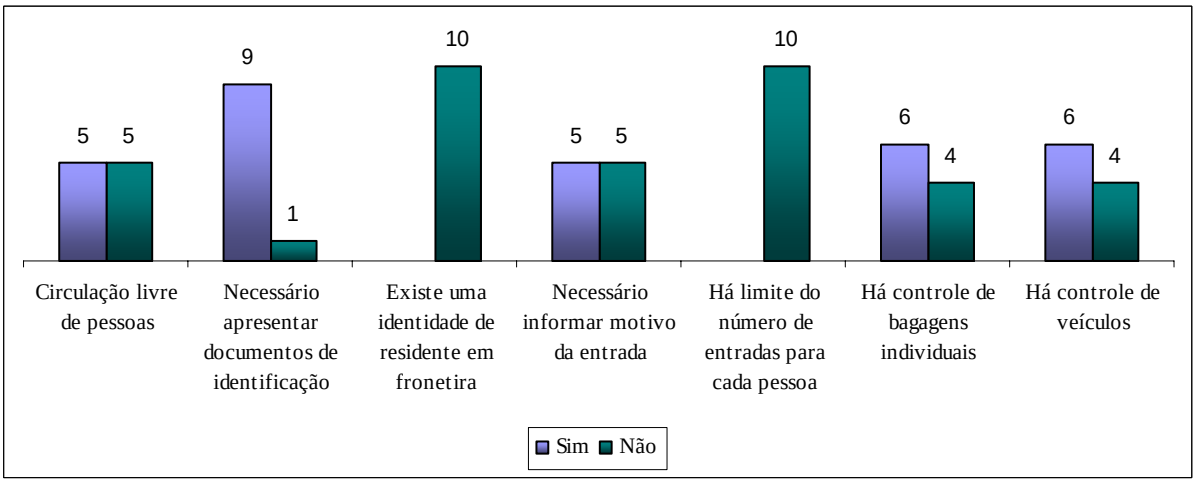


Gráfico 13 - Argentina, regulada a entrada de pessoas estrangeiras (Santa Rosa).

Conforme exposto anteriormente a acessibilidade também se refere às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por usuários (TRAVASSOS; MARTINS 2004). Diante disso, a pesquisa evidenciou que a busca de

estrangeiros por atendimento no sistema de saúde brasileiro está relacionada a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde destes municípios. Municípios mais próximos atraem maior demanda de estrangeiros, bem como naqueles em que há facilidade no transporte e travessia entre os países, principalmente de forma ilegal. Evidenciou-se também que a presença de hospital está associada a uma busca freqüente por estrangeiros por serviços de internação e parto, dentre outros.

Os municípios de Porto Mauá e Porto Vera Cruz são os únicos municípios que possuem serviços alfandegários permanentes. O transporte é realizado por um serviço regular de balsa, caracterizando-se como local de trânsito de brasileiros, argentinos, paraguaios e outras nacionalidades, que usam esta passagem internacional para tratar de diversos assuntos – turismo, negócios, comércio, visita familiar, etc. Salienta-se que estes municípios fazem fronteira com os seguintes municípios da Argentina respectivamente: Alba Posse e Panambí.

Em termos de organização político-administrativa, conforme indicado anteriormente, a Argentina é constituída por vinte e três províncias e uma capital federal, a Cidade Autônoma de Buenos Aires. Cada província, conforme os princípios e garantias da Constituição Nacional e sob o sistema representativo federal, estabelece a própria Constituição que rege seus atos de governo. Em termos geográficos a Argentina possui uma área total de fronteira de 9.376 km, abrangendo cinco países: Bolívia, Paraguai, Brasil, Uruguai e Chile.

Encontra-se localizada no outro lado do Rio Uruguai a Província de Misiones[29]. É uma província Argentina situada no nordeste do país. Mais de 80% de seus limites são internacionais, limitando ao oeste com o Paraguai, a leste, norte e sul com o Brasil e a sudoeste com a Província de Corrientes. Quase a totalidade dos limites da Província está contornada por rios – Iguaçu ao norte, Paraná ao oeste, Peperi Guaçú e o Uruguai a leste, Chimiray ao sul.

A Província de Misiones[30] se encontra dividida em dezessete departamentos, divididos em setenta e cinco municípios ao total, tendo uma população de 1.013.983 habitantes; sua superfície é de 29.801 Km². Sua capital provincial é Posadas, cidade com 252.981 habitantes.

Os municípios da Província de Misiones, segundo Abínzano (2004, p. 18), são,

[29] Informações referentes à Província e municípios argentinos disponíveis em: <www.misiones.gov.ar> Acesso em: 12 de fevereiro de 2007.
[30] Fonte: DEIS (2003).

> extremamente débiles y no poseen gran autonomía frente al gobierno central. Por lo pronto deben enviar todo tributo a la gobernación para luego recibir la coparticipación. [...] Culturalmente, si bien las cosas han cambiado algo desde entonces, las radios y la televisión brasileña dominan el panorama de las comunicaciones.

Devido à sua localização geográfica, na Província de Misiones há uma forte circulação de mercadorias e pessoas, tanto nacional como internacional. O maior aporte da economia da província provém da selva, na extração de madeira, sendo que outras fontes são o cultivo de erva-mate, chá e fumo. Esta Província foi colonizada igualmente por brasileiros. "A ocupación del espacio en áreas y regiones de frontera y está directamente vinculado a frentes de expansión y […] muchas chacras de la zona estaban ocupadas por colonos brasileños" (ABÍNZANO, 2004, p. 23).

No que se refere ao trânsito e migração de brasileiros na Argentina, conforme estudo realizado por Abínzano no ano de 1986 e publicado em 2004 – por iniciativa da Faculdade de Ciências Florestais de Eldorado, da Universidade Nacional de Misiones/UnaM, sobre a área de fronteira Bernardo de Irigoyen e San Antonio na Argentina e Santo Antônio e Dionísio Cerqueira no Brasil – destaca-se a afirmação deste mesmo autor:

> La cuestión de la documentación de identidad de las personas y de los títulos de las tierras era caótica. Existían personas con tres documentos diferentes de Brasil, Paraguay y Argentina; otros, en gran numero poseían doble documentación y el comercio ilegal de documentos era y sigue siendo importante. Muchas personas son falsamente documentadas para cruzar las fronteras y votar ilegalmente en las elecciones nacionales (ABÍNZANO, 2004, p. 17).

A população estimada dos municípios de fronteira na Argentina, segundo censo de 2001[31], e sua área territorial são:

Município	População Estimada	Área territorial km2
Alba Posse	6.852	405 km²
Panambí	5.470	*
Oberá	55.548	155 km²
Colônia Aurora	8.407	*

*Não foi possível identificar as áreas territoriais dos municípios de Panambí e de Colônia Aurora.

[31] Disponível em: <www.obera.gov.ar> Acesso em: 16 de fevereiro de 2007.

Alba Posse é uma cidade argentina, capital do departamento de 25 de Mayo, na província de Misiones. Nela se cultiva mandioca, tabaco, cítricos, chá, além de exploração florestal, e criação de animais bovinos e suínos. 25 de Mayo é um departamento localizado no centro-oeste da Província de Misiones; faz limite com os departamentos de Cainguás, Guaraní, Oberá, e ao sul com o Brasil, separado pelo rio Uruguai. O departamento tem uma superficie de 1.629km², equivalente a 5,8% do total da província. Sua população é de 27.187 habitantes. No que se refere aos serviços de saúde, este município dispõe de 1 (um) hospital (Hospital Area Alba Posse) e 9 (nove) centros de atenção primária de saúde – Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS).

Panambí é um município argentino também localizado na Província de Misiones, situado dentro do departamento Oberá. Em relação aos serviços de saúde este município conta com apenas uma unidade sanitária – Unidad Sanitária Panambí Puerto e um CAPS.

Oberá é um departamento da Província de Misiones. Sua população é de 95.667 habitantes, localiza-se no sudeste do país, tem fronteira com os departamentos de San Ignacio, Cainguás, 25 de Mayo, San Javier, Leandro N. Alem, Candelaria e com o Brasil, separado pelo rio Uruguai. O departamento tem uma superfície de 1.564 km², equivalente ao 5,2 % do total da província. Sua cabeceira é a cidade de Oberá, seus municípios são: Campo Ramón, Campo Viera, Panambí, Guaraní, Los Helechos, Colonia Alberdi, San Martín, General Alvear. No que se refere aos serviços de saúde, este município dispõe de 01 (uma) direção da Zona Sanitária Centro, 01 (um) hospital (Hospital Base Zona Centro) e 13 (treze) centros de atenção primária de saúde.

Colonia Aurora é uma cidade argentina da Província de Misiones, localizada dentro do departamento 25 de Mayo. Tem fronteira com o município de 25 de Mayo do mesmo departamento, e com os municípios de Dos de Mayo do departamento Cainguás, San Vicente e El Soberbio do departamento Guaraní e com o Brasil – municípios de Doutor Maurício Cardoso e Novo Machado. E na área da saúde, Colônia Aurora disponibiliza apenas de 5 (cinco) CAPS.

3.5 Os usuários do SUS – demandas e concepções

As principais demandas em saúde apresentadas pelos usuários brasileiros são para exames e consultas de rotina e controle da hipertensão arterial. Já os estrangeiros, argentinos,

apontaram como principais demandas em saúde problemas cardíacos, hipertensão arterial, diabetes e colesterol, e com menor freqüência demandas como traumatologia, depressão, bronquite asmática, pré-natal e pós-parto.

Os serviços de saúde mais utilizados pelos usuários brasileiros e estrangeiros foram classificados os mais freqüentes com numeração de 01 a 06, sendo 01 de maior freqüência e 06 de menor. Foram apontados pelos usuários brasileiros como serviços de saúde mais utilizados o posto de saúde e com menor freqüência a emergência.

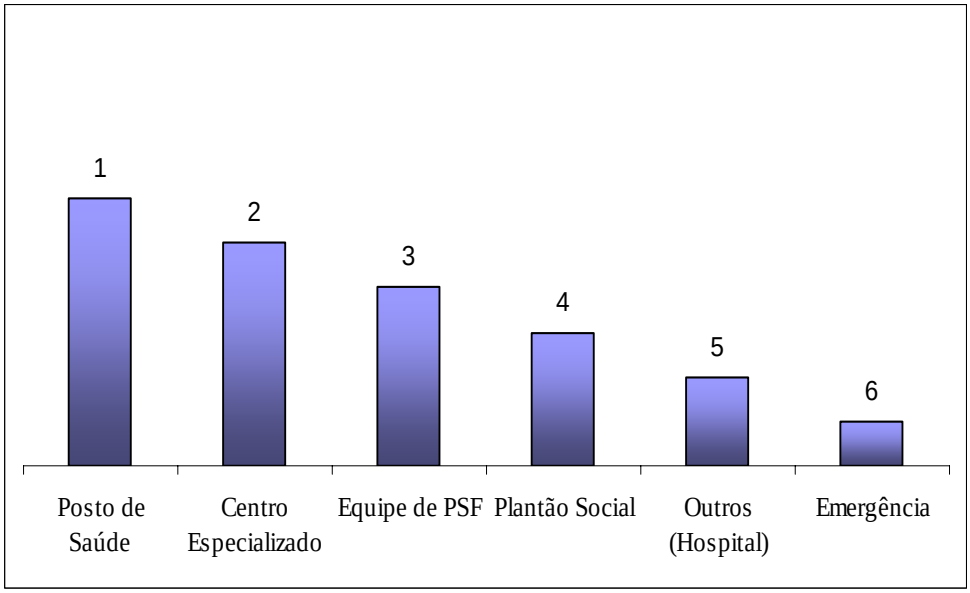


Gráfico 14 - Os serviços de saúde mais utilizados, classificados em escala de freqüência – Brasileiros.

Pelos usuários estrangeiros também foram apontados como serviços de saúde mais utilizados os postos de saúde e em última freqüência a emergência. O posto de saúde é considerado porta de entrada para o atendimento no sistema de saúde brasileiro. Salienta-se ainda que nesta questão os municípios, exceto Santa Rosa, não prestam atendimento de emergência, aqui caracterizados e compreendidos como atendimentos realizados em pronto socorro ou instituição hospitalar. Conforme informação dos entrevistados, quando há uma situação de emergência esta é encaminhada ao pronto socorro ou hospital de referência.

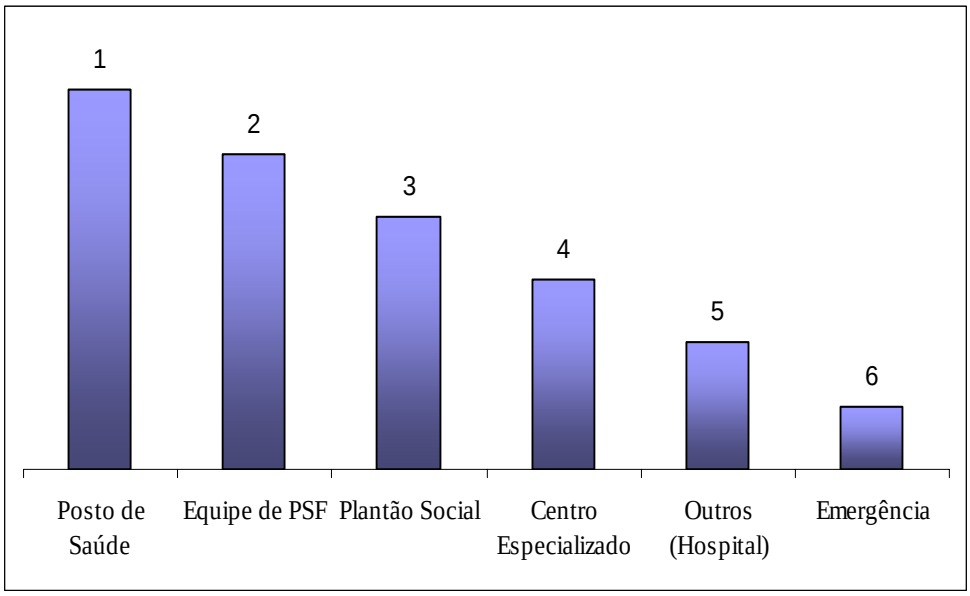


Gráfico 15 - Os serviços de saúde mais utilizados, classificados em escala de freqüência – Argentinos.

Em relação às formas de entrada no sistema de saúde pelos brasileiros e estrangeiros na região estudada, ou seja, como a população do bairro chega ao Sistema, a demanda é espontânea na maior parte dos municípios, sendo que ocorre em menor freqüência os encaminhamentos realizados por agentes de saúde e profissionais de saúde do município. Foi apontado pelos usuários brasileiros, na sua maioria, 95%, que chegam espontaneamente.

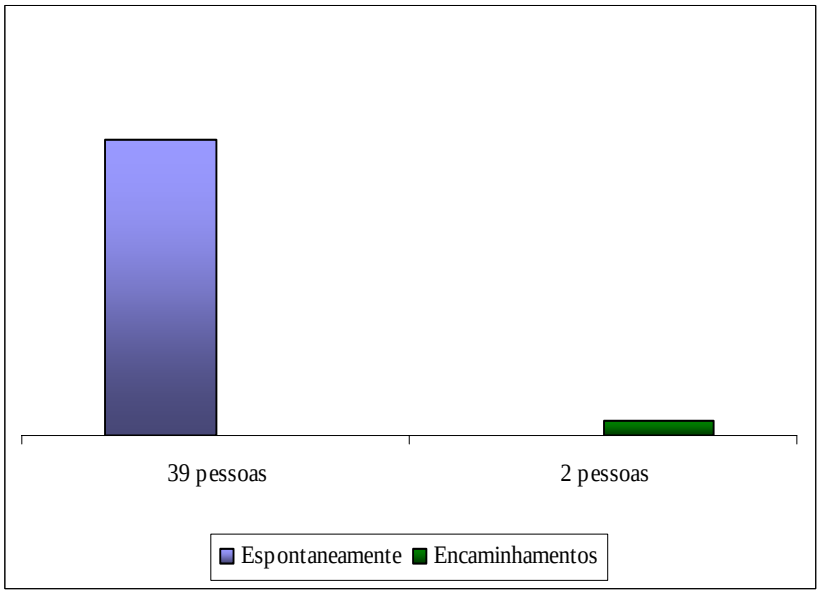


Gráfico 16 - Como a população chega ao Sistema de Saúde – Brasileiros.

Os estrangeiros apontaram também que, na sua maioria, 97%, chegam espontaneamente ao Sistema de Saúde.

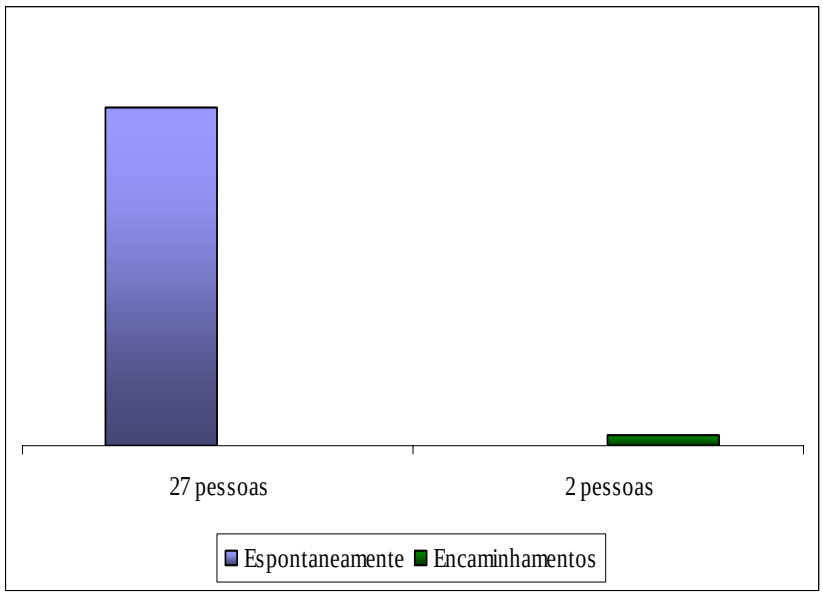


Gráfico 17 - Como a população chega ao Sistema de Saúde – Argentinos.

No que se refere à busca de atendimento por estrangeiros no SUS, na grande maioria dos municípios estudados, os usuários brasileiros e estrangeiros apontam que ocorre algum tipo de fluxo e trânsito na fronteira.

Dos 41 (quarenta e um) entrevistados usuários brasileiros, 85% afirmam que conhecem ou sabem que existem pessoas que moram em outras regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil. Apenas 15 % apontam que desconhecem a existência deste fluxo. Em todos os municípios pesquisados presta-se algum tipo de atendimento a estrangeiros, tendo como variante apenas o tipo de ação necessitada.

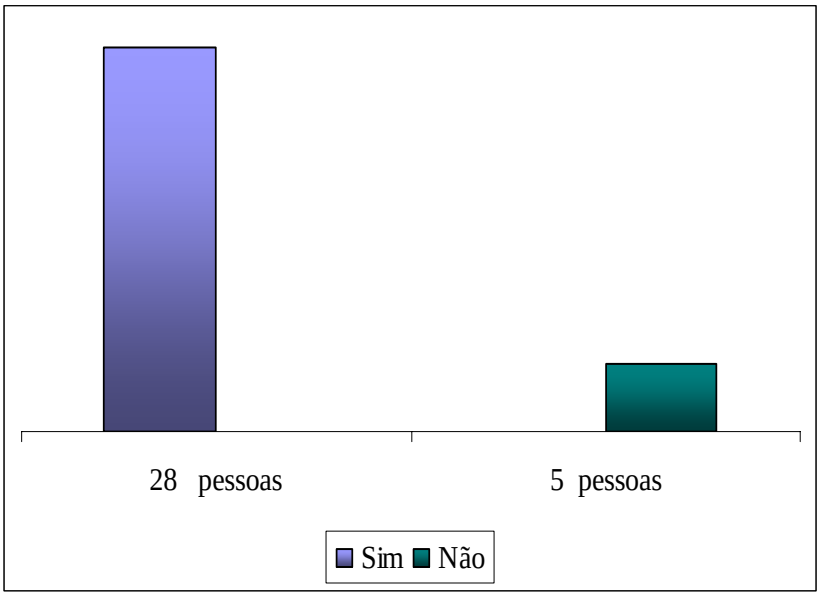


Gráfico 18 - Você conhece ou sabe que existem pessoas que moram em outras regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil? – Brasileiros

Em relação à freqüência disso, 52% dos usuários brasileiros afirmam que é muito freqüente e 48% pouco freqüente.

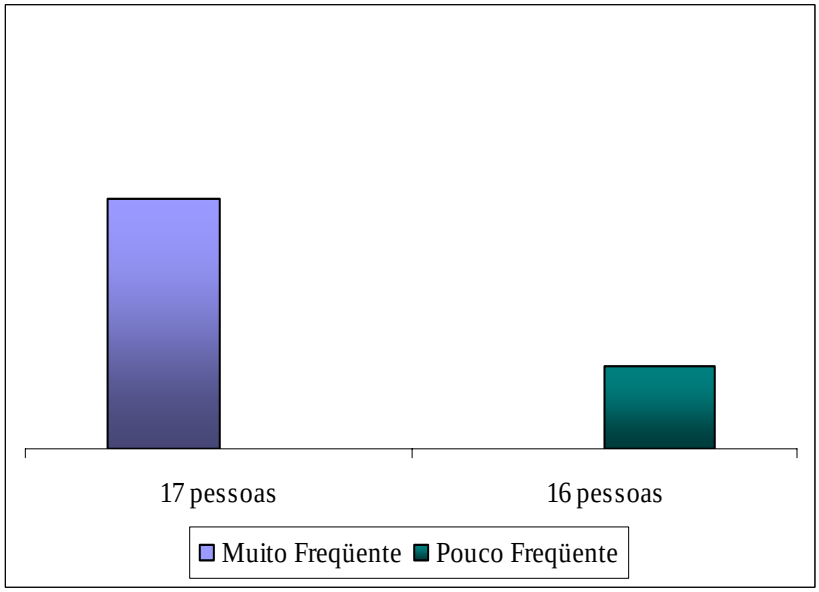


Gráfico 19 - Em relação à Freqüência – Brasileiros.

Dos 29 usuários estrangeiros argentinos entrevistados, 93% afirmam que conhecem ou sabem que existem pessoas que moram em outras regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil. Inclusive afirmam que eles próprios utilizam estes serviços. Apenas 07 % apontam que desconhecem a existência deste fluxo. Observou-se também que é uniforme tal procura nos municípios pesquisados, exceto no município de Santa Rosa, onde não foi entrevistado nenhum argentino.

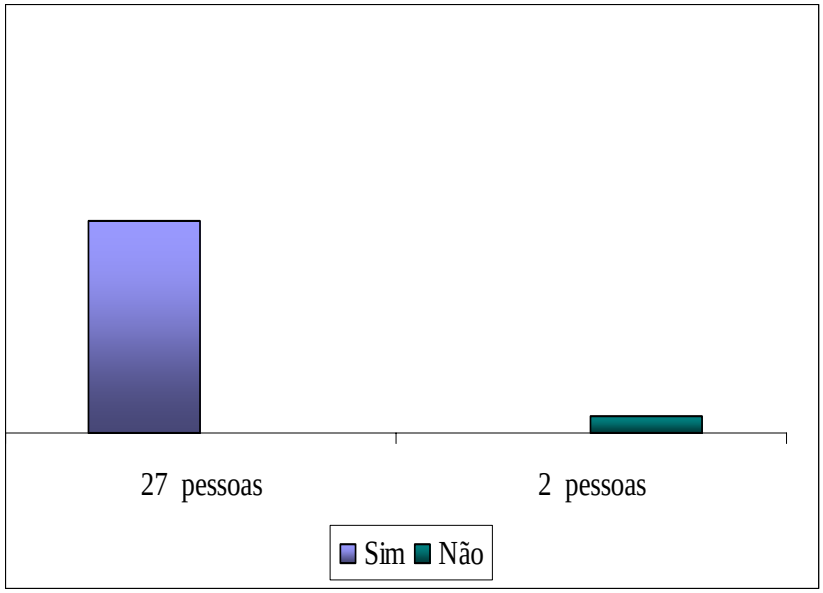


Gráfico 20 - Você conhece ou sabe que existem pessoas que moram em outras regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil? – Argentinos.

Em relação à freqüência disso, 55% dos usuários estrangeiros afirmam que é muito freqüente e 45% pouco freqüente.

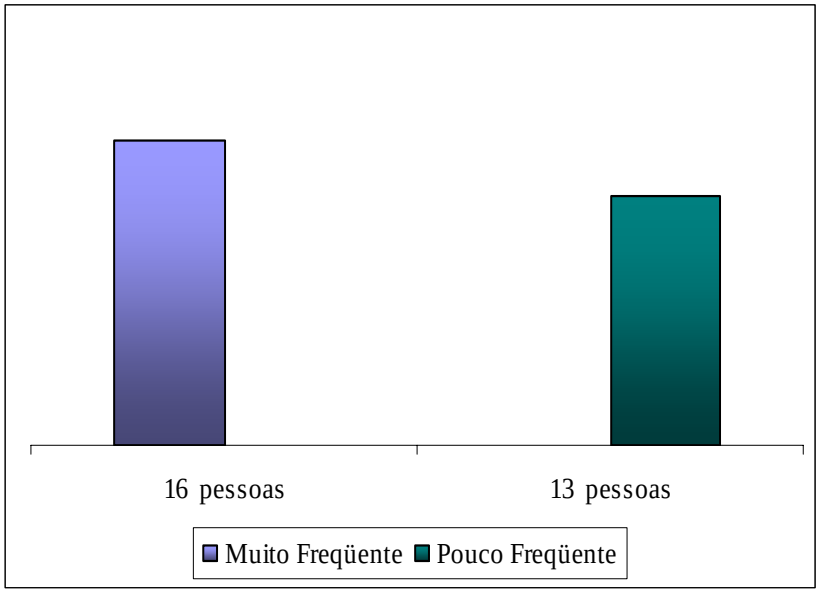


Gráfico 21 - Em relação à Freqüência – Argentinos.

As razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países, em uma ordem hierárquica de 1 a 5, foram apontadas por usuários brasileiros como sendo a qualidade do serviço prestado; e menos importante a inexistência do serviço de saúde no país/região de origem.

Nesta questão pode-se observar que entre brasileiros e argentinos parece haver consenso no que se refere às razões que motivam a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países.

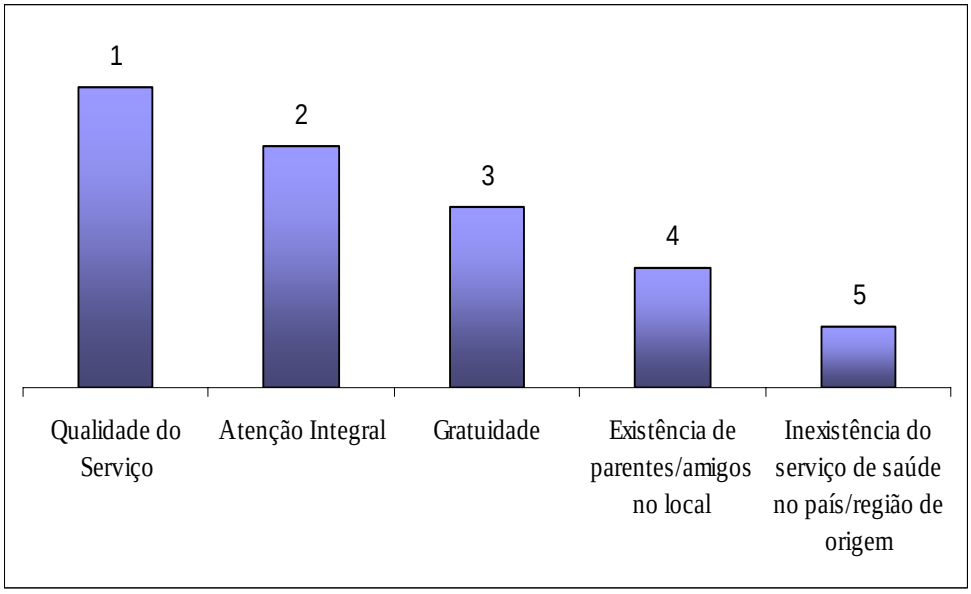


Gráfico 22 - As 5 razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países – Brasileiros.

Os argentinos apontaram como razão mais importante à qualidade do serviço prestado e menos importante a inexistência do serviço de saúde no país/região de origem.

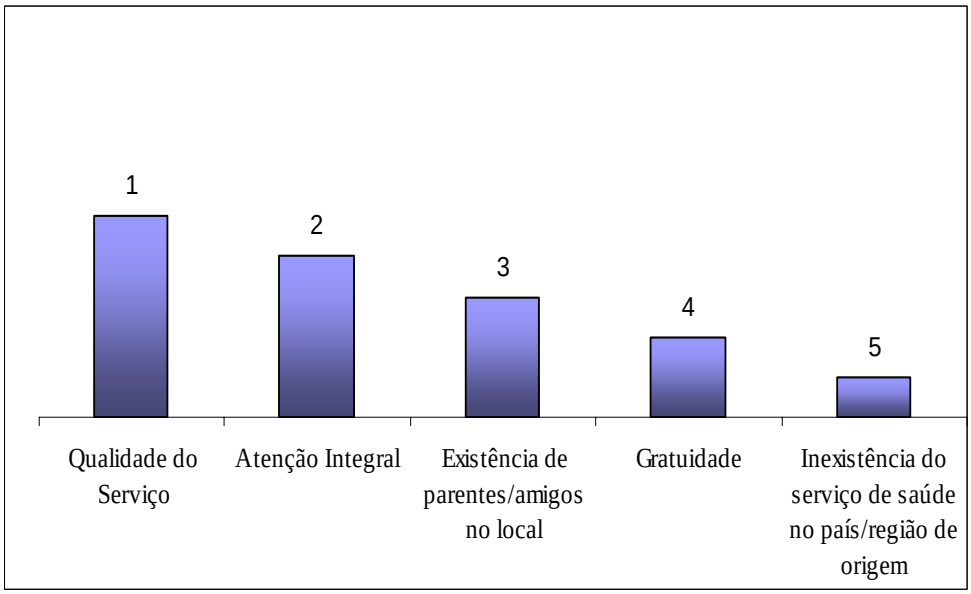


Gráfico 23 - As 5 razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países – Argentinos.

Centeno (2005) realiza um diagnóstico sobre a situação dos hospitais públicos na Argentina, apontando os seguintes itens: a infra-estrutura em mau estado de conservação; falta de calefação no inverno; flagrantes de falta de higiene em alguns casos de esterilização de material cirúrgico; tendência em aumentar camas desabilitadas; desperdício das condições de infra-estrutura existentes; déficit de insumos básicos e aquisição de insumos de baixa qualidade; instrumental cirúrgico obsoleto; equipamentos de diagnósticos quebrados, obsoletos e sem manutenção adequada; carência de medicamentos; salários atrasados; déficit de profissionais e corpo técnico qualificado; aumento de pacientes que chegam em situações muito graves e em enfermidades em estado avançados.

Como conseqüências sobre a qualidade e o alcance do serviço, Centeno (2005) afirma que houve a suspensão de intervenções cirúrgicas na Argentina; atenção limitada a urgências e altas complexidades; interrupções, alterações e mudanças nos tratamentos; redução de internações; reduções de práticas diagnósticas programadas; suspensão parcial de atendimentos prestados por laboratórios e farmácias hospitalares; pacientes arcam com gasto de insumos sanitários básicos; situações de omissão; trabalhadores que dormem nos hospitais; listas de espera de meses.

Esta situação reflete-se no cotidiano destes sujeitos, contribuindo para que ultrapassem as fronteiras na busca do atendimento, ações e serviços de saúde. Nesta questão esse aspecto ficou evidente, na medida em que a maioria dos entrevistados argentinos (e brasileiros também) afirmou que a qualidade dos serviços e ações de saúde no Brasil são superiores às do país vizinho. Depoimentos indicam a utilização de materiais não esterilizados adequadamente, atendimento de péssima qualidade, leitos não equipados para recebimento e acolhimento dos pacientes, dentre outras informações. "*Lá* (Argentina) *a saúde demora, tinha que levar as coisas de casa para ficar abaixado* (internação hospitalar e refere-se a roupas de cama, cobertores, etc.)*"; "Hospital bastante relaxados, pelo lado da obras é tudo bom, mas quem não tem é ruim"; "A higiene e limpeza somente para os ricos"* – depoimentos de entrevistados.

Para construir uma reflexão sobre a qualidade é preciso levar em conta o contexto social, político, econômico, cultural e geográfico, as especificidades regionais, pois, quando perguntado aos usuários quais as razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países, os usuários brasileiros e estrangeiros apontaram a qualidade como sendo a razão mais importante. Este aspecto talvez não apresente a mesma relevância em outros contextos.

Neste sentido, identificou-se que as representações dos usuários brasileiros e argentinos sobre a qualidade de ações e serviços desenvolvidos pelo sistema de saúde são determinadas pela própria experiência e vivência junto à área da saúde.

A integralidade foi apontada pelos usuários brasileiros e argentinos como a segunda razão mais importante para a busca de recursos de saúde no Brasil. Pode-se afirmar que esta perspectiva está presente no ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo o homem na sua totalidade – biológica, social e emocional –, devendo ser contemplada por um sistema também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

Outro dado importante é a corriqueira presença de famílias binacionais e em situação ilegal no país nesta região. Há a busca de estrangeiros com familiares no Brasil. Muitas vezes, através dos familiares o argentino consegue inserção no SUS, pelo empréstimo de documentos – *"pra ti consegui as coisas tem que te documentação e por isso emprestei para meu irmão quando ele tava aqui em casa"* – depoimento de entrevistado.

Sobre a distribuição dos usuários de outros países em termos de categoria social, na representação dos 70 (setenta) entrevistados brasileiros e estrangeiros, por unanimidade responderam que são pessoas muito pobres e moradores com residência em outros países.

Aos usuários entrevistados, brasileiros e argentinos, que informaram existir procura de atendimento no SUS por parte de estrangeiros, foram perguntados quais os serviços de saúde brasileiros que mais atraem usuários não residentes. Os entrevistados brasileiros afirmam que os estrangeiros buscam em primeiro lugar o atendimento médico (43%), medicação (32%), outros serviços – hospitais, oncologia, partos, exames, aposentadoria (15%) e encaminhamentos para serviços sociais diversos (10%).

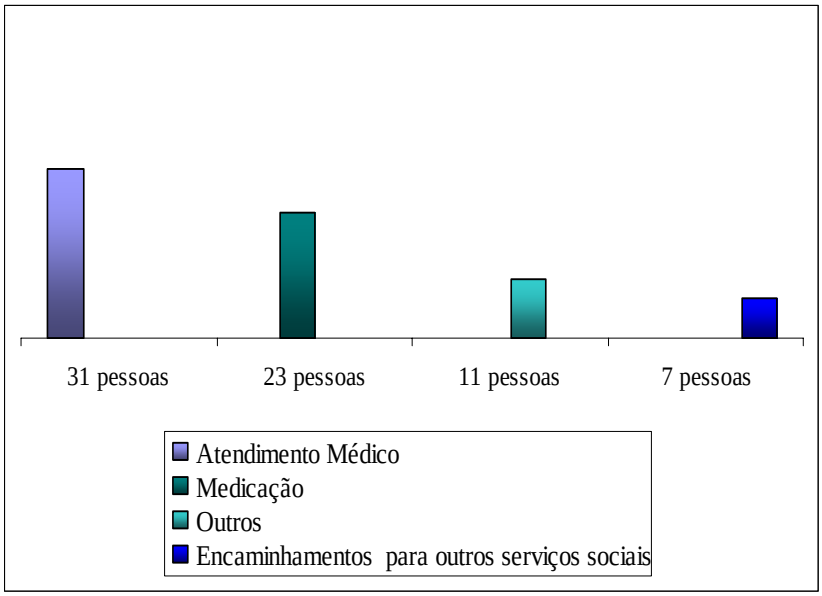


Gráfico 24 – Serviços que mais atraem usuários não residentes para os serviços de saúde brasileiros – Brasileiros.

Os estrangeiros destacaram em uma ordem hierárquica os serviços: atendimento médico (44%), medicação (35%), outros serviços – hospitais, oncologia, partos, exames, atendimento odontológico (14%) e encaminhamentos para serviços sociais diversos (07%).

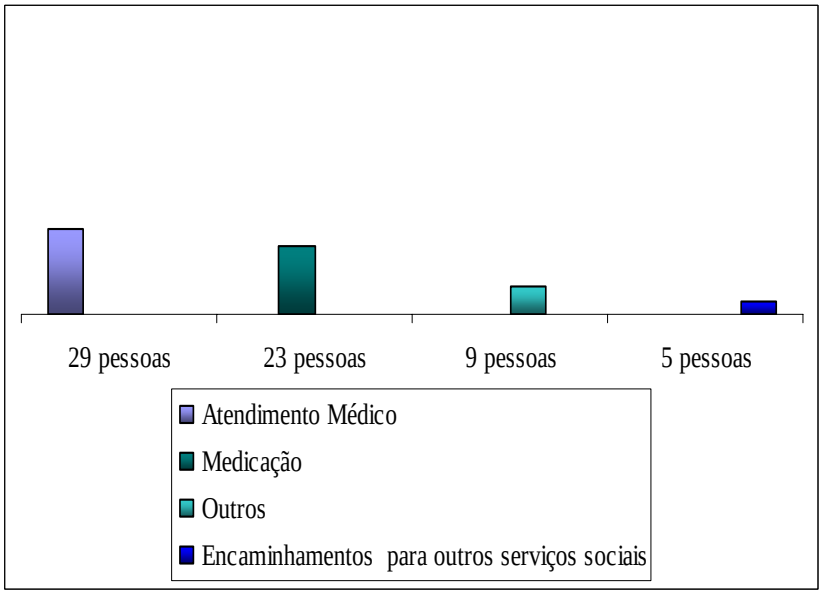


Gráfico 25 - Serviços que mais atraem usuários não residentes para os serviços de saúde brasileiros – Argentinos.

Quanto à existência ou não de aspectos culturais que interferem na relação dos não residentes com o serviço de saúde no Brasil, 85% dos entrevistados brasileiros acreditam que não há e 15 % afirmam que há, apontando a língua como fator que interfere nesta relação.

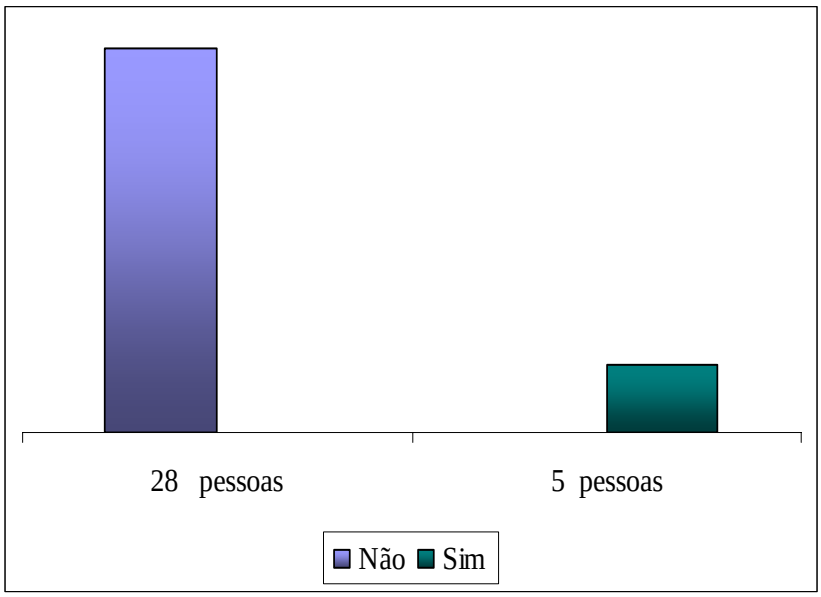


Gráfico 26 - Aspectos culturais que interferem na relação dos usuários não residentes com o serviço de saúde no Brasil – Brasileiros.

Já 93% dos entrevistados argentinos afirmam que não há aspectos culturais que interferem na relação dos não residentes com o serviço de saúde no Brasil e 7% indicam sim, há aspectos culturais que interferem nesta relação, apontando o fator língua.

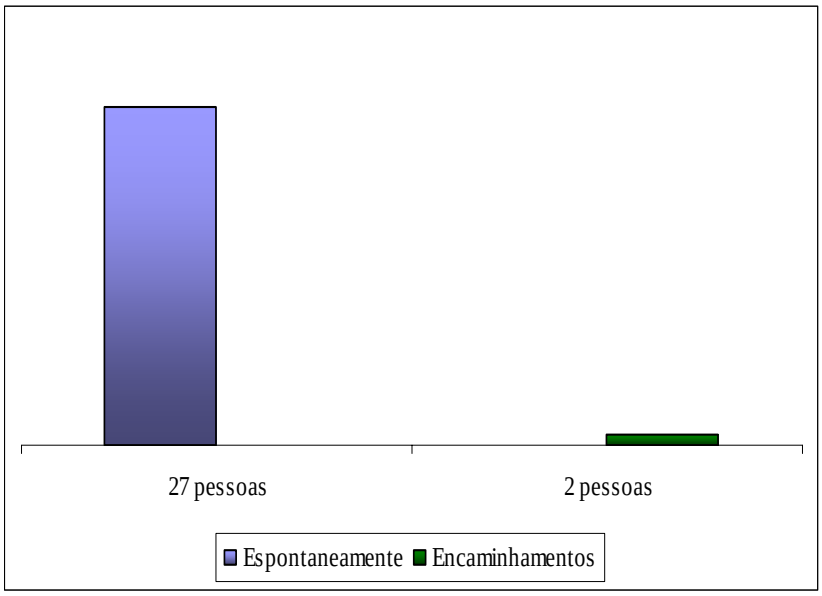


Gráfico 27 - Aspectos culturais que interferem na relação dos usuários não residentes com o serviço de saúde no Brasil – Argentinos.

Nesta questão, chama a atenção o fato de que os aspectos culturais interferem relativamente pouco na interação entre os usuários estrangeiros e os serviços de saúde. Entre os 70 formulários aplicados, somente 7 (sete) entrevistados fazem referência a algum tipo de influência cultural, a língua principalmente, que pode interferir nesta relação.

Quanto ao exercício do direito à saúde pelos não residentes, destaca-se os seguintes discursos dos usuários brasileiros:

“Somente em casos de emergência eles têm direito senão não pode atender.”

“O que é preciso fazer é feito, como a vacina, se chegar alguém mal tem que ser atendido.”

“Se vem mal, se passa mal é atendido (emergência/urgência).”

“Aqui foi aprovado o primeiro socorro, isto agora é direito. E o que não é emergência não é atendido pelo SUS, só particular.”

“O direito é igual ao nosso; o exercício é igual são pessoas como qualquer outra; gratuito. Por direito deveriam primeiro procurar no país deles.”

“Acontece quando precisam; não concordo com isso.”

“Sim existe e é garantido, não importa a pessoa de onde ela é se precisa ganha, se tá mal tem que atender, né?”

“Existe e é garantido sempre que precisam o direito.”

“O direito à saúde é uma questão de cada país; quem não é daqui (Brasil), não tem direito, mas numa situação de emergência daí tem.”

“Se não é brasileiro como pode ter direito? Acho que tem direito quem precisa, vem pra cá e fica doente ou acidente.”

“Cada um tem seu direito à saúde garantido no seu país, num acidente ou emergência já é uma situação diferente, aí tem direito.”

“O direito à saúde é garantido quando realmente é preciso, caso contrário deve ser buscado no país de origem.”

“São garantidos somente se for caso de necessidade, emergência.”

“É garantido quando precisa; todos têm direito quando precisam, em relação a isso o direito é igual a todos.”

Através destes depoimentos pode-se perceber que a representação social dos usuários brasileiros, quanto ao exercício do direito à saúde pelos não residentes/estrangeiros, refere-se à situação de emergência e urgência. Ou seja, o argentino tem direito quando se tratar de uma situação que envolve emergência e urgência.

A concepção de direito entre os entrevistados não é unívoca, pois em alguns depoimentos identifica-se a compreensão do direito para além de situação de emergência, urgência ou doença:

“Direito à saúde é pra todos. Direito humano é um só.”

“Todo o ser humano tem direito a atendimento; o que não é certo é tirar atendimento dos brasileiros que ficam na fila do atendimento e outros tiram a vaga. São atendidos.”

“Creio que seja bem atendido, é garantido, atendem igual, são todos humanos. “

“Que eu sei é garantido sem problema.”

“O direito é pra todos não importa quem é, é garantido.”

“Garante o atendimento, o direito sem verificar a nacionalidade; prevalece o atendimento não importa a nacionalidade.”

“Se a saúde é um direito de todos deve ser garantida a todos, não importa quem.”

A nacionalidade e a não residência enquanto categorias resgatadas foram identificadas nos discursos dos usuários brasileiros:

“Quem não é brasileiro não tem direito à saúde.”

“Se são brasileiros têm direito. Primeiro pergunta da onde que são? Se moram com brasileiros tudo bem.”

“Se comprovou que é brasileiro tem direito, tratamento completo.”

“Acho que é bem difícil, pois não moram aqui.”

Neste sentido, Dal Pra (2006) aponta para quatro elementos que sinalizam a direção da discussão da cidadania e dos direitos nas fronteiras. O primeiro refere-se ao conceito de cidadania nacional. Conceito que hoje deve ser alargado conforme o novo tipo de cidadania e o novo cidadão, o cidadão do mundo; com a globalização tem-se a busca pela retomada da cidadania no âmbito global. Na pesquisa realizada, observou-se que tal discussão ainda não avançou na prática, pois nas representações de grande parte dos usuários brasileiros a cidadania está atrelada à nacionalidade e, consequentemente, ao território, aos limites geográficos do país, conforme depoimento exposto anteriormente: *“O direito à saúde é uma questão de cada país; quem não é daqui* (Brasil)*, não tem direito, mas numa situação de emergência daí tem”*. 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.

O segundo elemento apontado por esta autora é a dimensão da territorialidade na garantia dos direitos, em especial do direito à saúde num acordo como o MERCOSUL. Segundo a mesma, 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 sejam de fato redistributivas e acessíveis a todos os indivíduos que dela necessitarem, mesmo estes sendo estrangeiros. Neste sentido, a discussão da dimensão territorial no MERCOSUL, quanto ao acesso aos 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, de instituições hospitalares, postos de saúde, informações gerais e especializadas, dentre outros serviços básicos ao cidadão.

Para Dal Pra (2006), o componente territorial é imprescindível na busca de uma política de saúde efetivamente redistributiva na região das fronteiras do MERCOSUL, visando a não discriminação dos indivíduos 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.

A autora, ao resgatar 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; refere-se à circulação de pessoas nas fronteiras e à ausência da dimensão social do Acordo. Nos municípios de fronteira, onde se aguçam os limites geográficos e territoriais, o espaço apresenta um conjunto de determinações peculiares a esta realidade, características físicas, culturais, históricas, ideológicas, políticas, econômicas e geográficas e o MERCOSUL ganha outra dimensão. Uma dimensão aquém da econômica e da integração para qual se propõe, onde os avanços recentes não se efetivaram. Com o MERCOSUL, as relações de comércio se intensificaram e se fortaleceram neste espaço, estimulando ainda mais o aumento do fluxo de circulação de pessoas. Porém, observa-se que a dimensão social está num ritmo lento e pouco concreto, neste espaço o projeto de integração avançou pouco.

Outra situação revelada nos depoimentos refere-se à condição social-econômica do usuário. O atendimento é prestado, segundo usuário brasileiro, *"se for uma pessoa pobre e precisa, merece o direito. A gente vê tanto remédio estragando e colocado fora podia dar. Atende eles atendem, mas não dão remédio. É garantido somente se tem dinheiro pelo SUS, não porque não é daqui"*.

Os discursos dos usuários argentinos, em relação ao exercício do direito à saúde pelos não residentes, são os seguintes:

"Foi garantido, é garantido aqui no município."

"Aqui é igual a do brasileiro."

"Sempre é atendido, tanto faz, é igual."

"Poder ser que ganha, não tem problema, só porque é um país pro outro, tem que ter atendimento."

"Se é emergência o direito é atendido, se não é tem que esperar na fila."

Observa-se que o direito, na ótica dos usuários argentinos, também está relacionado às situações de urgência e emergência, porém de maneira não tão freqüente como nos usuários brasileiros. Também são identificados discursos onde o direito está relacionado ao espaço onde vivem e a nacionalidade:

"Aqui quem não é daqui é difícil ser atendido pelo SUS, não tem direito quem não é daqui."

"Não negam direito, mas explicam que se mora lá os direitos são de lá, se mora aqui. Tem que procurar seus direitos, se ta mal atendem."

"Ele nasceu lá é lá que tem direito."

"Na verdade, pra ser sincera, eu achava que só podia exercer o direito aquela pessoa que tem vínculo no país, como meu caso."

"Quando **os argentinos** vêm morar aqui têm direito" [grifo nosso].

"Não tem direito **o castelhano** de vir buscar saúde aqui no Brasil. Tem direito quando é casado, aí muda" [grifo nosso].

Estes dois últimos discursos apontam para uma situação extremamente significativa, na medida em que os usuários estrangeiros não se identificam enquanto estrangeiros, anulam suas identidades e assumem o discurso do outro.

> Nesse campo em que a cidadania pode ser pensada no registro da civilidade talvez se esclareça o sentido mais radical da privação dos direitos. O não-reconhecimento do outro como sujeito de interesses, aspirações e razões válidas significa uma forma de sociabilidade que não se completa, porque regida por uma lógica de anulação do outro como identidade (TELLES, 2001, p. 65).

Os usuários entrevistados, brasileiros e estrangeiros, afirmam ser o direito efetivamente garantido em todos os casos. Apontam como exemplos concretos o atendimento às gestantes (pré-natal e pós-parto), as solicitações de vacinas, os atendimentos de urgência e emergência, os procedimentos de atenção básica, os procedimentos de média e alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise), as consultas médicas e cirurgias.

A partir dos resultados da pesquisa realizada, pode-se afirmar que o direito de o usuário estrangeiro ser atendido é visto desde como um ato de ética e dever moral até como um direito decorrente de igualdade, independente da origem, nacionalidade, cor e condição econômica. Paradoxalmente, sobressai tanto a noção de cidadania vinculada à residência no

Brasil (“*acho que eles não têm direito, eles não são daqui, mas são atendidos, eles não têm direito. O Brasil é nosso, o Brasil tem compromisso com nós, acho que não é justo”*), com forte crítica ao usuário que usa de estratégias para inclusão no sistema (“*tem tudo aqui, é garantido. Se vem clandestino é complicado. Eu acho errado isso, mas cada um deve ficar no seu país”*), como práticas e estratégias de inserção dos cidadãos estrangeiros, por parte de brasileiros, que fogem à legalidade estabelecida (*“não negam atendimento, orientam para vir tirar ficha com o número do prontuário da família onde está localizado/hospedado”*).

Através dos relatos dos entrevistados observou-se que o espaço ainda é um parâmetro para estabelecer a lógica de pertencimento. Segundo Telles (2001, p. 63), é

> nas dimensões mais rotineiras da vida cotidiana, esse reconhecimento do outro no seu direito a ser, a fazer, se traduz nas regras da polidez, modo prático e rotineiro de atribuição recíproca de identidades e direitos, a partir do reconhecimento comum, compartilhado, de um mesmo espaço normativo de pertencimento

Os entrevistados informam também sobre situações nas quais o direito à saúde dos não residentes não está efetivamente garantido. Quando questionados em quais casos o direito não é garantido, os usuários brasileiros e estrangeiros respondem que *“aqui no Brasil isso não acontece”*. Esta resposta aparece de forma quase que unânime entre eles. Outros dizem ainda que não saibam responder sobre tal questão.

Os obstáculos interpostos ao exercício efetivo do direito à saúde pelos usuários não residentes, ou seja, as barreiras de acesso estabelecidas para o atendimento no SUS existentes, conforme afirmações dos usuários brasileiros e estrangeiros são relacionados à exigência documentos – cartão SUS, cadastro dos agentes de saúde. Estes obstáculos dificultam o acesso de argentinos ao SUS, obrigando a recorrer a outras estratégias de acesso como a apresentação de comprovantes de amigos ou parentes que aqui residem.

As legitimidades políticas são ainda (e de maneira muito freqüente) limitadas por territórios e procedimentos de identificação: a carteira de identidade, o número da seguridade social, o cartão SUS, etc., qualificando a cidadania e autorizando os usuários num mundo que se diz globalizado e moderno.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) vem se constituindo em uma barreira para o acesso dos estrangeiros ao sistema, devido à exigência de adstrição dos usuários, ocasionando ainda um deslocamento da demanda das unidades básicas para os

centros de especialidades, onde em algumas situações apresentadas não houve exigência de documentação. Tal fato, resultado distinto do habitual, constatou-se em poucas entrevistas realizadas, nas quais os entrevistados informam que quando encaminhados aos hospitais e serviços de média e alta complexidade não se solicitou documentação, sendo que receberam o mesmo serviço que os brasileiros: "*Ganha o mesmo que os brasileiros* (referindo-se ao atendimento, internação hospitalar, exames, dentre outros)*, não é diferente, ninguém complica"*. No relato descrito observa-se que o usuário tem conhecimento de que a porta de entrada para o sistema é o posto de saúde; dali em diante, conforme seu relato, não foi exigida nenhuma documentação.

Durante as entrevistas com usuários estrangeiros, tomou-se conhecimento das dificuldades para regularização de documentos pessoais. Segundo os relatos, estes se devem ao alto custo desses processos: "*Tranqüilo, efetivado* (referindo-se ao direito à saúde no Brasil) *inclusive apresentando documentos. Atendimento de primeira, mesma coisa que o brasileiro. Só não foi reconhecida a cidadania na polícia civil, isso é muito caro"*.

Observa-se, porém, a não reciprocidade de atendimento no país vizinho: "O castelhano que vem pra cá é garantido o direito, mas se tu vai pra lá é complicado aqui não precisa pagar nada, tudo bem atendido. O castelhano aqui tem chance".

Também foram mencionados casos de usuários estrangeiros que conseguiram prosseguir com tratamento de saúde de média e alta complexidade no município de Santa Rosa. Para isso, o usuário vem com encaminhamento do município de origem, sendo este a porta de entrada para o sistema de saúde; após o primeiro atendimento no município há continuidade do tratamento.

Os usuários entrevistados também apontam que se estabelece um período de carência de três meses para atendimento pela unidade de saúde. Outra questão ressaltada durante as entrevistas, que merece destaque, foram as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde: *"É garantido desde que more três meses no Brasil"*; e a questão do cadastro de saúde, prontuário dos pacientes e cartão SUS: *"Acho que aqui não recebem* (referindo-se ao atendimento)*, pois eles não tem carteirinha e ficha"*.

Observam-se diferenças nas demandas entre os segmentos de fronteira nos municípios. A procura pelo atendimento no SUS está relacionada, portanto, conforme exposto no item anterior, a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios.

Nesta pesquisa evidenciou-se que os municípios mais próximos e que dispõem de mais unidades básicas de saúde e serviços de saúde tendem a atrair maior demanda de estrangeiros.

O município de Alecrim, por exemplo, por ser o mais distante da linha de fronteira e por ter apenas na sede do município um posto de saúde com atendimento médico, sendo que no interior os postos estão equipados para atendimento odontológico, apresentou uma demanda significativa para partos e atendimento odontológico. Tal situação difere do município de Novo Machado, que dispõe de atendimento médico nos postos do interior, onde a demanda principal foi para atendimento médico e medicação.

Reitera-se, como desencadeadores da emergência sanitária na Argentina: aumento da demanda; mudança na composição da demanda; desmantelamento do hospital público como política de saúde; má administração e falta de gerenciamento de recursos; falta de coordenação inter-hospitalar nação-província-municípios; congelamento dos pressupostos de saúde; falta de pagamento a provedores de insumos de saúde; obras de remodelação com anos de demora e atraso; falta de provisão de medicamentos e suspensão de prestação por parte das obras sociais; dívidas milionárias de obras sociais com o hospital público; aumento exagerado de custos de insumos hospitalares (CENTENO, 2005).

Tal fato evidenciou-se nas entrevistas, quando argentinos afirmaram que nem sempre há provisão de medicamentos: *"saúde de lá* (referindo-se a Argentina) *é ruim, remédio não ganha"; "medicação quando tem dão, mas nunca tem"*.

Todo o material empírico levantado e analisado à luz do aporte teórico, revela que são os estratos mais pobres das regiões fronteiriças da Argentina que procuram atendimento no sistema de saúde brasileiro. As pessoas que possuem obra social não procuram pelo atendimento aqui no Brasil. Procuram somente as desprovidas de qualquer tipo de seguro social: "*Se você não tem obra tem que pagar tudo*"; *"quem tem obra é bem atendido"*.

Um dado revelado nas entrevistas é que quem atende nos hospitais da Argentina nem sempre são profissionais: *"ganhei filho com enfermeiro"*.

No plano da agenda pública, nacional e regional, a dimensão social dos processos de integração regional hoje é colocada em destaque. Sobre a dimensão social e a concretização da integração, os depoimentos de argentinos entrevistados referem que: "*El MERCOSUR solamente existe en el comercio y la política, en la salud tiene eso para avanzar más, está esperando esto, por lo tanto todavía tiene racismo y discriminación"*.

Quando os usuários se referem à qualidade, é importante entender que este termo, além da dificuldade de conceituá-lo, assume várias dimensões e sentidos inclusive para os usuários. A qualidade tem uma dimensão objetiva e subjetiva. Na dimensão objetiva a qualidade é mensurável e na subjetiva englobam o espaço das vivências, emoções, sentimentos.

Alguns autores definem a qualidade a partir de alguns parâmetros e categorias. Existem vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados de concretos, custo, tempo); **acessibilidade** (cultural, social, **geográfica**, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); eficiência (custos, recursos, riscos) (GATTINARA et al apud UCHIMURA; BOSI, 2004) [grifo nosso].

Vuori (apud UCHIMURA; BOSI, 2004) aponta as dimensões da qualidade desejáveis nos serviços de saúde: efetividade (relação do impacto real com o impacto potencial numa situação ideal); eficácia (capacidade de produzir o efeito desejado); eficiência (relação entre o efeito real e os custos da produção); eqüidade (distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população); qualidade científico-técnica (nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia); **acessibilidade** (**remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização de serviços disponíveis**); adequação (suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda); aceitação (fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial) [grifo nosso].

Os dois autores abordam, no conceito sobre a qualidade, a categoria acessibilidade. Neste sentido, observa-se que tal categoria é imprescindível para verificar a qualidade ou não das ações e serviços desenvolvidas pelo sistema de saúde. Além disso, podem também ser evidenciadas outras dimensões da qualidade.

A fala de uma usuária brasileira que morou muitos anos na Argentina e tem vínculos familiares neste país revela esta questão: *"Lá longe* (referindo-se aos centros maiores da Argentina*) tem recurso, mas na região costeira não tem nada"*. Em relação à gratuidade, pode-se observar a fala de um usuário argentino que está residindo a poucos meses no Brasil: *"os pobres não têm vez, quem tem dinheiro e obra* (referindo-se à obra social) *tem atendimento e quem não tem morre"*.

Esta população vive em localidades rurais, interioranas e sem infra-estrutura adequada. Tal situação pode ser confirmada na fala de uma usuária argentina, filha de brasileiros que foram residir no país vizinho: *"Lá* (referindo-se à Argentina) *é muito ruim o atendimento, não é nada bom, nada de vantagem, gente bem irresponsável, eu ganhei filho com enfermeiro no hospital, o pobre como a gente não tem como pagá"*.

Na representação social de brasileiros, o não residente tem direito à saúde independentemente de sua nacionalidade, situação de urgência e/ou emergência e o não residente não tem direito a saúde, pois não é brasileiro:

"Direito à saúde é pra todos. O direito humano é um só."

"Aqui é sempre atendido e garantido, está na Constituição a Saúde é um direito de todos."

"Se a saúde é um direito de todos deve ser garantida a todos, não importa quem."

"Garante o atendimento, o direito sem verificar a nacionalidade; prevalece o atendimento não importa a nacionalidade."

"Se comprovou que é brasileiro tem direito, tratamento completo."

Nas representações de usuários Argentinos, tem direito à saúde independentemente de sua nacionalidade, situação de urgência e/ou emergência ou ainda se possui cadastro, cartão SUS e não tem direito a saúde, pois não são brasileiros:

"Se uma pessoa precisa o lugar onde for e de onde for ela deve ser atendida. O direito a saúde existe."

"Não tem direito o castelhano de vir buscar saúde aqui no Brasil. Tem direito quando é casado, aí muda."

"Ele é garantido se tá fichado."

Portanto, pode-se afirmar que, segundo Silva, Nogueira e Simionatto[32] (2005),

> na região da fronteira a titularidade do portador de direito é quase uma categoria vazia, pois há distintas culturas políticas que o seccionam em níveis de titularidade. Os direitos, especialmente os sociais, se aguçam e expressam situações de desigualdades entre os países, que causam sérios embaraços de ordem sócio-política para os moradores da região. [...] Estrategicamente, as pessoas buscam

[32] Em revista *online*, Serviço Social em Revista. Disponível em: <www.ssrevista.uel.br>

> resolver suas demandas e exigências de sobrevivência no país que tem maior estrutura de atenção, seja para qual demanda de formação profissional. Como a cidadania social é estritamente concebida em termos de área geográfica verifica-se a distância do ideal dos direitos humanos, indivisíveis e universais, como foram ratificados na Conferência de Viena, em 1993. Recordando a afirmação primeira da Declaração de Viena sobre os Direitos Humanos, esta reafirma o compromisso dos Estados membros da Organização das Nações Unidas de promover o respeito universal e a observância e proteção os direitos humanos e liberdades fundamentais de todos. Reitera radicalmente a natureza universal dos direitos e liberdades.

Para além das questões do formulário, observou-se na fala dos usuários referência à categoria acesso praticamente em todas as entrevistas realizadas, em diferentes perspectivas e compreensão. Na afirmação destes, o acesso representa proximidade: *"aqui é bem mais perto só atravessar o rio"*; *"sempre busco atendimento aqui; lá* (Argentina) *é muito longe"*; facilidade de entrada no sistema de saúde, acesso aos serviços de saúde e a garantia do atendimento: *"tô frio aqui* (Brasil)*, mas sempre tive acesso* (refere-se aos serviços e ações de saúde)*"*; *"meu pai era argentino e teve acesso a tudo aqui cirurgia, remédios, exames e quimioterapia, mas ele morreu depois"*; rapidez no atendimento: *"lá* (referindo-se à Argentina) *a saúde é demorada"*; possuir ou não obra social é um grande diferencial: *"quem tem obra social é bem atendido, tem acesso a tudo"*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, limítrofe com a Argentina, o limite é o Rio Uruguai. A travessia formal e legal de pessoas entre um país e outro é realizada por balsas, nos municípios de Porto Mauá e Porto Vera Cruz, no Brasil, onde se localizam os Postos de Fronteira da Polícia Federal.

Este estudo evidenciou que diversas famílias residentes na região são constituídas por pessoas de nacionalidades tanto argentinas como brasileiras. Muitos brasileiros que residiam no Brasil foram morar na Argentina, constituindo laços familiares no país vizinho. Lá desenvolvem atividades ligadas à agricultura, agropecuária e extração de madeira. Estas são algumas das peculiaridades da população atendida nos sistemas de saúde da Fronteira Noroeste – estão também ali somadas a outras peculiaridades próprias de cidades e regiões de fronteiras, que foram abordadas e aprofundadas nesta dissertação.

No que se refere aos serviços de saúde, do lado brasileiro são gratuitos e de qualidade, financiados com impostos e outras contribuições, facilitando assim o acesso, tanto pela proximidade como também pela gratuidade. Do lado argentino, segundo dados da pesquisa, a população que vive nessa área delimitada de fronteira é prejudicada em termos de acesso, pois as cidades são distantes e os serviços ofertados não são de boa qualidade e nem gratuitos.

Constatou-se também que as populações misturam-se nos municípios e na vida cotidiana, não sendo fácil identificar quem é de origem brasileira ou estrangeira. Buscam, de um lado ou de outro, as melhores ofertas de serviços de saúde, de condições de trabalho, educação, havendo também uma acentuada procura pela aposentadoria. Em muitas situações, a solução mais acessível é mesmo a cooperação com as cidades vizinhas, sejam ou não do

mesmo país. E assim é que se estabelecem acordos informais ou práticas cotidianas que não têm respaldo legal, mas criam demandas a serem estudadas e encaminhadas.

Devem-se considerar, na análise, as distinções entre o Brasil e a Argentina na região estudada. Nessa linha, pode-se afirmar que as diferenças assentam-se não apenas no acesso aos serviços e ações de saúde, mas na qualidade, na atenção integral e gratuidade dos serviços e ações oferecidas à população, com reflexos imediatos no bem-estar e na saúde.

Acredita-se que a movimentação de usuários estrangeiros (argentinos) nos serviços de saúde da Região Fronteira Noroeste do Estado do RS repercute diretamente na organização do sistema de saúde dos municípios fronteiriços e, conseqüentemente, na vida de sua população, pois há uma sobrecarga nas redes de atendimento (postos de saúde, hospitais, etc.), dificultando o acesso, a prestação e a qualidade do atendimento solicitado. A política de saúde é pensada e planejada para uma população residente, o que difere na prática da população de referência.

Através da pesquisa, pode-se concluir que neste espaço a cidadania é restrita, segundo a qual os direitos não se universalizam. O acesso à saúde, enquanto direito, ainda está atrelado a uma compreensão de situação de urgência, emergência e doença. Conforme declara Telles (2001, p. 33):

> pois para além do que existe como regra formal, os direitos [...] estruturam a linguagem que torna a defesa de interesses audível na sociedade e dá forma reconhecível aos conflitos. As práticas regidas pelos direitos montam o cenário no qual a experiência da diversidade conflituosa dos interesses se faz como história na medida mesmo em que constrói as balizas por onde o conflito se faz legível e compreensível nos registros de seu acontecimento.

Importante salientar que a defesa dos direitos sociais e do direito à saúde no debate da saúde na fronteira incorpora a tendência da defesa do direito nacional, não trazendo para o interior das discussões o direito internacional, na perspectiva da integração regional proposta pelas discussões da dimensão social do MERCOSUL, embora haja um reconhecimento de que isso se faz necessário (SILVA 2006, p. 60).

Nas regiões de fronteira, no que se refere à universalização do acesso à saúde, este princípio ainda não foi concretizado, pois o atendimento aos estrangeiros acontece somente em casos de urgência e emergência. Esta tratativa não avançou, pois as discussões relativas à

assistência à saúde são mais recentes. Torna-se necessária a ampliação de direitos para além fronteiras, ou seja, pensar em um direito regional.

A privação de direitos e – neste caso a representação social – a compreensão do direito à saúde aos não residentes, através da restrita ótica de situação de urgência e/ou emergência, evidencia como as diferenças sociais são percebidas, elaboradas e objetivadas no cotidiano dos municípios fronteiriços. Significa dizer que os direitos estão inscritos na dinâmica cultural da sociedade e assim envolvem aspectos históricos, políticos e ideológicos.

Aos não-residentes que buscam atendimento no sistema de saúde brasileiro, na região Fronteira Noroeste do Estado do RS, o ideal de eqüidade deveria perpassar, segundo Telles (2001), o direito a ser tratado de modo eqüitativo, direito a receber aquilo que lhe é devido segundo uma medida construída e reconhecida de forma comum, no caso a Declaração dos Direitos Humanos. Portanto, para além da situação de doença, emergência e/ou urgência referida nas narrativas dos entrevistados, usuários brasileiros e estrangeiros.

Em relação às questões norteadoras deste estudo, pode-se afirmar que foram respondidas. Os serviços e ações de saúde são prestados aos não nacionais, mas não se tem clareza disso enquanto um direito universal. Sobre os critérios para inclusão nos sistemas municipais de saúde, observou-se que a inclusão acontece mediante situações de doença, gravidez (partos), emergência e/ou urgência.

Conforme os dados apresentados nesta pesquisa, a percepção dos usuários brasileiros sobre a inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde não é unívoca, porém perpassa a lógica de que devem ser atendidos sempre que se fizer necessário e envolver situações referidas acima. Em alguns depoimentos observou-se uma percepção voltada para a compreensão e entendimento do direito a saúde independentemente da nacionalidade ou espaço geográfico. Já em outros se identificou uma percepção voltada para questões éticas e humanas.

Ainda que a maioria dos usuários brasileiros entrevistados tenha considerado que estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS, barreiras de acesso restritivas deste direito foram identificadas, ferindo a legislação nacional. Estas barreiras dificultam o acesso de estrangeiros ao SUS e os obrigam a recorrer a diferentes estratégias para garantir o acesso ao tratamento necessitado.

A percepção dos estrangeiros sobre sua inserção no SUS, além de fatores como proximidade, facilidade no acesso e localização geográfica, não existência do serviço de

saúde no país e/ou região de origem, percebem seu ingresso não como um direito. Muitas vezes, até como uma inserção ilegal, burlando leis e normas para garantir o atendimento da demanda. Declaram que é buscar *"o melhor"* para eles.

Os estrangeiros buscam atendimento no Sistema Único de Saúde na Região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, conforme narrativa destes, pois há mais qualidade, integralidade nas ações e serviços, gratuidade, existência de parentes e amigos no Brasil e inexistência do serviço de saúde no país e/ou região de origem.

As repercussões do atendimento/inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde na concepção dos brasileiros são, em algumas situações, bastante negativas, no sentido de que o estrangeiro estaria tirando vagas dos nacionais nas ações e serviços oferecidos pelo sistema. Ou seja, gerando dificuldades para a oferta, financiamento e gestão dos serviços, com repercussões sobre as ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade per capita não sendo contabilizada a população itinerante. Confirma-se afirmação de Telles (2001) quando o juízo moral é convertido em uma regra pública, transformando diferenças sociais em critérios discriminadores na dimensão da vida social. Nesta conversão são construídas as figuras do "outro" que, por sua diferença de estilo de vida e forma de existência, aqui por não ter nacionalidade brasileira, por não residir nos limites geográficos estabelecidos, por ser estrangeiro, está fora das regras da vida pública.

Ainda que a maioria dos entrevistados, brasileiros e argentinos, tenha considerado que estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS, identificou-se a existência de barreiras de acesso que restringem este direito da legislação nacional. A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito social universal, sendo que a Lei 8080 regulamentou o texto constitucional, reafirmando que "saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício". Depreende-se do texto legal, mesmo que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, que o direito a saúde deve transcender aos cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se referem a todos os seres humanos e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente da nacionalidade. O artigo 5° da Constituição diz que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, etc.". Pode-se concluir, portanto que estrangeiros residentes têm os mesmos direitos sociais dos brasileiros. Tal questão também é afirmada pelo Estatuto do Estrangeiro, Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980, na Secção Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro que em

seu artigo 95 destaca: “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos, nos termos da Constituição e das leis” (BRASIL, 1980.)

Portanto, o ponto de partida para construção desta dissertação foi a discussão sobre direitos, pois se reconhece que, de maneira contraditória, os processos de integração regional colocaram em cheque as evidências do direito à saúde como um direito limitado à idéia de nacionalidade, de uma cidadania construída sobre o Estado-nação.

Na pesquisa, tal situação evidenciou-se nas narrativas dos usuários brasileiros que relacionam o direito à condição de nacionalidade, que a cidadania está atrelada ao espaço, ao território, à nacionalidade do sujeito. Observou-se que as pessoas mantêm uma comunhão com o lugar onde vivem e em relação ao convívio entre brasileiros e argentinos apenas conseguem identificar o que os separa e não o que os une.

Nesta perspectiva, o território ultrapassa sua circunscrição político-jurídica, enquanto Estado-nação e não se restringe ao âmbito do lugar. O território apresenta diferentes interfaces e em torno dele os sujeitos constroem suas experiências de vida. Expressa, portanto, não somente os aspectos das necessidades, mas reflete as relações dinâmicas estabelecidas entre os sujeitos e seu cotidiano. A intensificação dos intercâmbios entre as nações provoca na região de fronteira, uma situação de dubiedade – diferença versus integração,

> onde mais que diferenças de língua e cultura, dá-se a convivência cotidiana entre sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, etc. distintos, geradores de tensões e contradições entre as realidades local, regional e o conjunto das instituições, normas e práticas dos países (GUIMARÃES; GIOVANELLA 2005, p. 18).

As representações sociais sobre pertencimento a uma unidade espacial são habitualmente organizadas em termos de uma lógica inclusiva que pode ser simplificada como níveis locais, regionais, nacionais e internacionais. O espaço, considerando que é socialmente construído, pode constituir uma possibilidade para indicar relações entre a saúde e a estrutura social e para a estratificação da população, segundo condições de vida.

> Assim como cidadania e cultura formam um par integrado de significações, assim também cultura e territorialidade são, de certo modo, sinônimos. A cultura, forma de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo, é uma herança, mas também um reaprendizado das relações profundas entre o homem e o seu meio, um resultado obtido através do próprio processo de viver. Incluindo o processo produtivo e as práticas sociais, a cultura é o que nos dá a consciência de pertencer a

> um grupo, do qual é o cimento. É por isso que as migrações agridem o indivíduo, roubando-lhe parte do ser, obrigando-o a uma nova e dura adaptação em seu novo lugar (SANTOS, 1996, p. 61).

Para Santos (1996), o território continua a ser usado como palco de ações isoladas e no interesse conflitante de atores isolados. Em lugar de se tornar o desejado instrumento de igualdade individual e de fortalecimento da cidadania, o território manterá seu viés atualmente cruel, não apenas alojando, mas criando cidadãos desiguais em função do lugar onde vivem. As condições existentes nesta ou naquela região determinam essa desigualdade no valor de cada pessoa, tais distorções contribuem para que o homem passe literalmente a valer em função do lugar onde vive. Estas distorções devem ser corrigidas, em nome da cidadania.

> El concepto de ciudadanía intenta definir con la mayor precisión posible las fronteras entre los individuos que tiene acceso a ciertos derechos en los estados nacionales y aquéllos que, aun residiendo en territorio, no lo tienen. Si, por un lado, la globalización económica ha eliminado las fronteras para las transacciones económicas y para los medios de comunicación masiva, por otro, los limítes entre los individuos de acuerdo a su identificación de ciudadanía siguen respondiendo a normativas estrictas que operan más alá de discriminaciones étnicas, religiosas e de género que puedan existir en el interior de las naciones (MOREIRA; PELLEGRINO, 2001, p.117).

O território pela sua organização e instrumentação deve ser usado para se alcançar um projeto social igualitário. Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar, independentemente do lugar onde esteja (SANTOS, 1996).

> La Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948 (artículo 13, § 2) establece que “Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país”. Si la posibilidad de salir y de retornar al territorio de origen es un derecho universal, la admisión de extranjeros en un territorio, así como las normas que regulan las modalidades de acceso el permiso de residencia y a la ciudadanía, constituyen una prerrogativa incluida en la soberanía de los estados nacionales (MOREIRA; PELLEGRINO, 2001, p.117).

Vale salientar que a inclusão do tema saúde nas instâncias institucionais do MERCOSUL é relativamente recente, a partir de 1997, quando a saúde passa a ser discutida

no SGT 11, ganhando maior centralidade a agenda referente à vigilância sanitária e o banco de preços de medicamentos.

Hoje alguns termos passaram a integrar o vocabulário: o mundo sem fronteiras, sem barreiras geográficas. E neste sentido torna-se fundamental compreender a amplitude do que implica o MERCOSUL com as interações que trazem transformações não apenas para a economia e política da região, mas também para os processos de integração de populações com distintas culturas, histórias e ideologias. No MERCOSUL, realizações sociais efetivas exigem a harmonização das legislações e das políticas sociais dos diferentes Estados membros e de seus sistemas de proteção (CAMARGO, 2006).

A área da saúde é um dos espaços sociais em que a opinião dos especialistas e profissionais continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços (BOSI; MERCADO, 2004). Porém esta pesquisa teve como referência a representação social de usuários brasileiros e argentinos sobre o direito à saúde, um outro ponto de vista diferente e válido sobre o tema em questão. Desse modo a representação social destes usuários foi construída a partir das experiências diárias na busca pelas ações e serviços de saúde.

Em síntese, o que se identificou neste estudo foi um entendimento fragmentado e parcial, de usuários brasileiros e argentinos acerca do direito à saúde dos não residentes. Poucos usuários demonstraram um entendimento mais geral sobre o direito à saúde, embora afirmassem o atendimento consolidado. Estes resultados revelam que ainda há uma longo caminho para a consolidação do acesso a saúde enquanto direito universal.

Os objetivos traçados para este estudo foram alcançados e evidenciaram a complexidade do tema. Esta dissertação, portanto, é um produto da reflexão feita ao longo de todo o processo do mestrado e em torno dos conceitos e das categorias preestabelecidas ou emergentes e suas relações com as questões norteadoras e com os objetivos traçados. Como resultado, enquanto produto de construção do conhecimento, sabe-se das suas limitações e do não esgotamento da temática discutida. No que se refere ao direito à saúde na Fronteira Noroeste do Estado do RS, este estudo concluiu que há duas versões sobre o mesmo tema - a representação de usuários brasileiros e argentinos aponta: a saúde é um direito de todos, independendo da nacionalidade e/ou territorialidade; saúde enquanto direito aos estrangeiros está atrelada a uma lógica de necessidade, urgência e/ou emergência.

REFERÊNCIAS

ABÍNZANO, Roberto Carlos. **Mercosur**: un modelo de integración. Buenos Aires: Universitaria de Misiones, 1993.

_____. **Antropología de los procesos transfronterizos**: conocer y actuar em la región de fronteras. Cuadernos de La Frontera. Secretaría de Investigación y Postrgrado, Faculdad de Humanidades Y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Ano I, Nº I e II, Posadas, marzo 2004.

ALMEIDA, Antônio José de (org). **MERCOSUL**: integração e impacto socioeconômico. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

ANDRADE, Manuel Correia de. Territorialidades, desterritorialidades, novas territorialidades: os limites do poder nacional e do poder local. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A.; SILVEIRA, Maria Laura (orgs). **Território, globalização e fragmentação**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ASTORGA, Ignácio J.; PINTO, Ana Maria; FIGUEROA, Marco M. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai**: 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito constitucional**. 22.ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BELATO, Dinarte. Globalização neoliberal: avaliação e alternativas – A especificidade da conjuntura brasileira. In: ALMEIDA, Antônio José de (org). **MERCOSUL**: integração e impacto socioeconômico. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

BERTASO, João Martins. A cidadania moderna: a leitura de uma transformação. In: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade:** efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. 2.ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2002.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Igualdade. 5.ed. Ed. UnB: São Paulo, 2004.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Estrangeiro**. Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980.

_____. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Legislação Básica do SUS**. Conferência Nacional de Saúde, nº 11, Brasília, 2000.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Secretaria de Programas Regionais do Ministério da Integração Nacional. Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.igeo.ufrj.br> Acesso em: 09 maio 2006.

_____. **Indicadores e dados básicos (IDB).** 2005a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm> Acesso em: 06 de abril de 2007.

_____. 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, 2005b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Comparação internacional de gastos governamentais em saúde, educação e previdência.** Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/noticias/noticias_2005/051208_comparacao_internacional.htm> Acesso em: 06 de março de 2007a.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programa de Desenvolvimento de Faixa de Fronteira**. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/programas/programasregionais/fronteira.asp?area=spr_fronteira> Acesso em: 03 de julho de 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto de 13 de março de 2006. Institui a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).** Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm> Acesso em: 25 de janeiro de 2007c.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 1.ed. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, 2006. v. 1.

BRUM, Argemiro Luis. **A economia internacional na entrada do século XXI**: transformações irreversíveis. Ijuí: UNIJUÍ, 2001.

CAMARGO, Sonia. Mercados Ampliados, Soberanias Desafiadas **- União Européia e Mercosul. Rio de Janeiro, março de 2006.**

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil – o longo caminho**. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CENTENO. Jorge. Sectores del sistema de salud Argentina. In: **Seminário Internacional Fronteira MERCOSUR**: as interfaces entre o social e o direito à saúde. UFSC, Departamento de Serviço Social, Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social. Florianópolis, 2005.

CEPAL. **La proteción social de cara al futuro**: acesso, financiamento y solidariedad. Santiago: CEPAL, 2006.

CHIZZOTTI, R. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CICCOLELLA, Pablo, José**.** Desconstrução/reconstrução do território no âmbito dos processos de globalização e integração. Os casos do Mercosul e do Corredor Andino. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A.; SILVEIRA, Maria Laura (orgs). **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 2002.

COHN, Amélia. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, Rita Barradas (org). **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

_____. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2002

CNDSS. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para Analise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rascunho. 2005.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Pistas da saúde nas fronteiras do Brasil. **Revista Conasems**. Ano II, n° 16, Março/Abril, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Coletânea de Leis**. Porto Alegre: Conselho Regional de Serviço Social, 2005.

DABÈNE, Olivier. ¿Todavia tiene proyecto el Mercosur? In: LIMA, Marcos Costa; MEDEIROS, Marcelo de Almeida (orgs). **O MERCOSUL no limiar do século XXI**. São Paulo: Cortez; Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2000.

DAL PRÁ, Keli Regina. As reformas na Argentina. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (orgs). **Dilemas do Mercosul**: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social. Florianópolis: Lagoa, 2004.

_____. **Transpondo Fronteiras**: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso à saúde no Mercosul. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

DALLABRIDA, Valdir Roque; BÜTTENBENDER, Pedro Luís. Territorialização. In: SIEDENBERG, Dieter R. (coord.) **Dicionário do Desenvolvimento regional**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

DEIS. **Indicadores demográficos**. 2003. Disponível em: <http://www.deis.gov.ar/ indicadores. htm#> Acesso em: 25 de abril de 2007.

_____. **Indicadores demográficos**. 2006. Disponível em: <http://www.deis.gov.ar/ publicaciones/archivos/indicadores%202006.pdf.> Acesso em: 25 de abril de 2007.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza**.** O MERCOSUL e o princípio da nacionalidade. In: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade**: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. 2.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

DGEEC. **Compendio estatístico**. 2004. Disponível em: <http://www.dgeec.gov.py/ Publicaciones/Biblioteca/Compendio2004/Compedio%202004%20Cap02.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2007.

DIMENSTEIN, Gilberto. **O Cidadão de Papel**: A Infância, a Adolescência e os Direitos Humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 1994.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Coesão Social e Integração Regional**: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios da política social em prol da integração. Fórum Mercosul sobre Integração Regional e Sistemas de Saúde. Mesa Redonda I Integração Regional e Repercussões sobre as Políticas de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22 a 24 de março de 2006.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

ESCOREL, Sarah. **Os dilemas da eqüidade em saúde**: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf> Acesso em: 05 de maio de 2007.

FARR, Robert. Representações sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

FERRER, Aldo. Instituciones, democracia e integración regional. In: ALBERTI, Giorgio (orgs) **Instituciones, democracia e integración regional en el MERCOSUR**. Buenos Aires: Bononiae Libris, 2006.

GALLO, Edmundo; COSTA, Lais (orgs). A Integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS – MERCOSUL. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Lais (orgs). **SIS – MERCOSUL: Uma agenda para a integração**. Organização Pan-Americana da Saúde – Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde - Série Técnica, n.9, 2003.

GIOVANELLA, Lígia. et. al Eqüidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, 49/50. Londrina: CEBES, 1996.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v.1.

GUIMARAES, Luisa. **Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças**. Anales del X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 oct., 2005.

GUIMARAES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Integração européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.9, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000900010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 15 de Agosto de 2006.

_____. **Salud más allá de las fronteras**. Disponível em: <http://www.somosmercosur.org> Acesso em: 07 de março de 2007. Entrevista concedida ao Boletim SOMOS MERCOSUR.

HAESBAERT, Rogério. **Territórios alternativos**. Niterói: EdUFF; São Paulo: Contexto, 2002.

IANNI, Octávio. Nação: província da sociedade global? In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A.; SILVEIRA, Maria Laura (orgs). **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **A Era do Globalismo**. 2 ed. Rio de janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Faixa de fronteira**. Disponível em: <http:// www.ibge.gov.br> Acesso em: 25 de agosto de 2006.

INE. **Poblacion em el pais segun departamento**. Censos 2004. Fase 1.2004. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/baanco%20de%20datos/soc_pobhogyviv/Censos_T4.xls> Acesso em: 25 de abril de 2007.

JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade:** efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. 2.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

KOHLER, Romualdo. Aspectos socioeconômicos da Região Fronteira Noroeste. In: DALLABRIDA, Valdir Roque; BÜTTENBENDER, Pedro Luís. **Planejamento estratégico territorial**: a experiência de planejamento do desenvolvimento na Região Fronteira Noroeste – RS – Brasil. Ijuí: UNIJUI, 2006.

KONDER, Leandro. **A questão da ideologia em Gramsci.** 2002. Disponível em: http://www.acessa.com/gramsci/?page=visualizar&id=298> Acesso em: 11 de junho de 2007.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEITA, Francesco. A atribuição iure sanguinis da cidadania e o fenômeno da duplicidade. In: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade**: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. 2.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

LLENDERROZAS, Elsa. La cooperación en política exterior y seguridad bajo esquemas de integración regional: el caso de la Unión Europea y las perspectivas para el MERCOSUR. In: ALBERTI, Giorgio (org) **Instituciones, democracia e integración regional en el MERCOSUR**. Buenos Aires: Bononiae Libris, 2006.

LOPES, Raul. **Competitividade, inovação e territórios**. Oeiras (Portugal): Celta, 2001.

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.

MARX, Karl; ENGELS, Frederich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Hucitec, 1984.

MERCOSUR. **Tratado de Integração e Cooperação Econômica**. Disponível em: <www.mercosur.int/msweb/principal> Acesso em: 15 de janeiro de 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 5.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1998.

_____. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIYAMOTO, Shiguenoli. **Geopolítica e Poder no Brasil**. São Paulo: Papirus, 1995.

MOREIRA, Constanza; PELLEGRINO, Adela. Ciudadanína y migración: las fronteras del Uruguay como comunidad política. In: GIOSCIA, Laura. **Ciudadanía en tránsito:** Perfiles para el debate. Coleccion Politica Viva.Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay, 2001.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NETTO, José Paulo. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (org). **O desmonte da nação**: balanço do governo FHC. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política**. Idéias para uma reforma democrática do Estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

_____. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Fronteira Mercosul**: um estudo sobre o direito à saúde. Projeto de Pesquisa. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

_____. **Igualdade e Equidade no Direito à Saúde**: Aproximações Histórico-Conceituais. Texto para debate, não publicado, [S.d].

_____. Tendência das Políticas Nacionais de Saúde nos Países do Mercosul. In: **Saúde Coletiva em um mundo globalizado**: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli. **Mercosul**: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira. Ser Social (UnB), v. 1, 2006.

OLIVEIRA, Odete Maria. A era da globalização e a emergente cidadania mundial. In: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade:** efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. 2.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe sobre la salud en el mundo**. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Perfil de los sistemas y servicios de salud de Argentina**. 1998. Disponível em: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesalud deargentina-ES.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2007.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **O perfil do sistema de serviços de saúde Brasil**. 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/perfil2000_wc.pdf> Acessado em: 27 de fevereiro de 2007.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Situación de salud en las Américas**: indicadores básicos. 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/CC/AIS/BI-brochure-2006.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2007.

PEREIRA, Potyara Pereira. **Necessidades Humanas**: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

POCHMANN, Marcio. Novas dinâmicas produtivas do emprego e do sindicalismo no Mercosul. In: LIMA, Marcos Costa; MEDEIROS, Marcelo de Almeida (orgs). **O MERCOSUL no limiar do século XXI**. São Paulo: Cortez; Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2000.

POSENATO, Naiara. A evolução histórico-constitucional da nacionalidade no Brasil. In: JÚNIOR, A. D. R; OLIVEIRA, O. M. (orgs). **Cidadania e nacionalidade:** efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais. 2.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

QUINTANERO, Tânia et all. Émile Durkheim. In: QUINTANERO, Tânia et all. **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber. 2.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

RAFESTIN, Claudete. **Por uma Geografia do poder**. São Paulo: Ática, 2003

ROTONDI, Gabriela**. Mercosul e Proteción Social en Argentina**: Desafíos y Perspectivas. Mimeo, 2006. Anotações realizadas na palestra proferida no Seminário Internacional Fronteira Mercosul: as interfases entre o social e o direito à saúde.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O Espaço do Cidadão**. 5.ed. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud?. **Rev Panam Salud Publica**., Washington, v.11, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 24 de abril de 2007. Pré-publicação.

SILVA, Maria Geusina da. **O local e o global na atenção das necessidades de saúde dos brasiguaios**: Análise da intervenção profissional do assistente social na fronteira de Foz do Iguaçu-Brasil com Cuidad del Este- Paraguai. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SILVA, Maria Geusina da; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SIMIONATTO, Ivete. Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Revista Serviço Social em Revista**. 2005. Disponível em: <http//:www.ssrevista.uel.br> Acesso em: 09 de fevereiro de 2007.

SIMIONATTO, Ivete. **O direito à saúde nas fronteiras do Mercosul**. Ante-Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Mimeo, 2005.

_____. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1995.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Direito à saúde**: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul. Comunicação. XVI Congreso Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. ALAETS: Santiago/Chile. 1998.

_____. **Projeto Fronteira Mercosul**: um estudo sobre o direito a saúde. Núcleo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas Publicas. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

_____. (Orgs). **Dilemas do Mercosul**: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social. Florianópolis: Lagoa, 2004.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos legais do direito à saúde no Mercosul. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (orgs). **Dilemas do Mercosul**: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. 1 ed. Florianópolis: Editora Lagoa, 2004, v. 1, p. 102-111.

SOUZA, Marcelo José. O Território: sobre espaços e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná; GOMES, Paulo C.C; CORRÊA, Roberto L. (orgs). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SPOSATI, Aldaíza. Globalização: Um novo e velho processo. In: DOWBOR, Ladislau; IANNI, Octavio; RESENDE, Paulo-Edgar (orgs). **Desafios da globalização**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M. P. B. (ed.) **Por uma sociologia da exclusão social**: o debate com Serge Paugam. São Paulo: Educ, 1999.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: USP. Curso de Pós-Graduação em Sociologia. Ed. 34. 2001.

TRAVASSOS, Claudia; FERNANDES, C. **Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde no Brasil**. Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Salvador, Bahia, 1995.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol. 20, suppl. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 11 de março de 2007. Pré-publicação.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000400019&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 13 de março de 2007. Pré-publicação.

VELLOZO, V. R O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização um caminho (re)construído. In: Bodstein R. (org) **Serviços locais de saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

VIEIRA, Evaldo. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

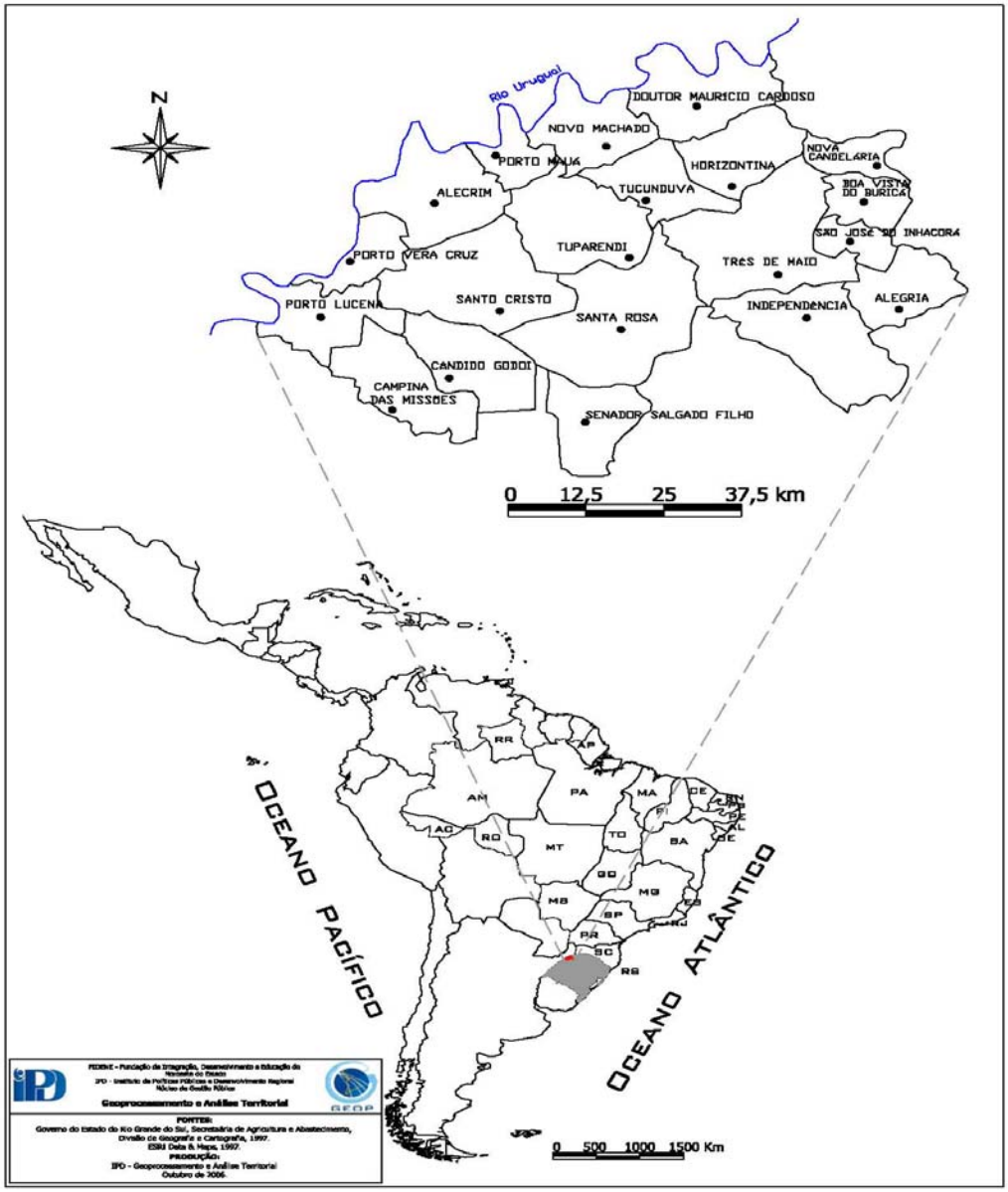
VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9, n.3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200 1000300016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 11 de março de 2007. Pré-publicação.

YASBECK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ANEXOS

ANEXO A: Mapa da Região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul.



ANEXO B: Formulário para realização da entrevista

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS

Universalização do Acesso a Saúde – Duas Visões a Respeito do Mesmo Tema:
O Atendimento Prestado a Usuários Brasileiros e Estrangeiros no Sistema Único de Saúde na Região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul

Informações sobre saúde na fronteira do Mercosul prestadas pelo (a) POPULAÇÃO USUÁRIA

FORMULÁRIO

1. Identificação do respondente –
2. Na fronteira do lado brasileiro, como é regulada a entrada de pessoas estrangeiras no seu Município?

Fronteira com: _____
( ) Não sabe
( ) Não ( ) Sim Circulação livre de pessoas
( ) Não ( ) Sim Necessário apresentar documentos de identificação
( ) Não ( ) Sim Existe uma identidade de residente em fronteira
( ) Não ( ) Sim Necessário informar motivo da entrada
( ) Não ( ) Sim Há limite do número de entradas para cada pessoa
( ) Não ( ) Sim Há controle das bagagens individuais
( ) Não ( ) Sim Há controle dos veículos
( ) Outro(s). Qual (is)?_____

Na fronteira do lado estrangeiro, como é regulada a entrada de pessoas brasileiras na(s) cidade(s) vizinha(s)?
Fronteira com: _____
( ) Não sabe
( ) Não ( ) Sim Circulação livre de pessoas
( ) Não ( ) Sim Necessário apresentar documentos de identificação
( ) Não ( ) Sim Existe uma identidade de residente em fronteira
( ) Não ( ) Sim Necessário informar motivo da entrada
( ) Não ( ) Sim Há limite do número de entradas para cada pessoa
( ) Não ( ) Sim Há controle das bagagens individuais
( ) Não ( ) Sim Há controle dos veículos
( ) Outro(s). Qual (is)? _____

3. Formação

3.	Grau de Formação	Completo	Incompleto
3.1	Ensino Básico		
3.2	Ensino Fundamental		
3.3	Ensino Superior		
3.4	Pós-Graduação		

3.4.1 Em caso de ensino superior e pós-graduação indicar a área: _____

4. Tempo que freqüenta a Unidade de Saúde

4.1	Até 2 anos	
4.2	De 3 a 5 anos	
4.3	De 6 a 10 anos	
4.4	Mais de 11 anos	

5. Principais demandas em saúde de sua família:

_____

_____

_____

_____

6. Quais os serviços de saúde que você e sua família mais utilizam? Classificar os mais freqüentes com numeração de 1 a 6 sendo 1 o de maior freqüência e 6 o de menor freqüência.

6.1	Emergência	
6.2	Plantão Social	
6.3	Equipe de PSF	
6.4	Centro Especializado	
6.5	Postos de Saúde	
6.6	Outros (Especificar)	

7. Em sua opinião como a população do bairro chega ao Sistema de Saúde:

7.1 Espontaneamente ( )

7.2 Encaminhamentos: Classificar os mais freqüentes com numeração de 1 a 8 sendo 1 o de maior freqüência e 8 o de menor freqüência

7.2.1	Conselho Tutelar	
7.2.2	Pastorais	
7.2.3	Voluntariado	
7.2.4	Agentes de Saúde	
7.2.5	Políticos	
7.2.6	Organizações da Sociedade Civil	
7.2.7	Médicos	
7.2.8	Outros (Especificar)	

8. Você conhece ou sabe que existem pessoas que moram em outras (os) regiões ou países e utilizam os serviços de saúde no Brasil?

8.1	Sim	
8.2	Não	

Caso tenha respondido não na questão 8 passe para a questão final.

Caso tenha respondido sim, continue na próxima questão.

9. ( ) Pouco freqüente ( ) Muito freqüente

10. Quais as 5 razões mais importantes para a procura do atendimento em saúde por usuários de outros países:

10.1	Proximidade	
10.2	Facilidade de transporte (trânsito)	
10.3	Gratuidade	
10.4	Existência de parentes/amigos no local	
10.5	Facilidade de entrada no sistema de saúde	
10.6	Obtenção de vantagens de cidadania brasileira	
10.7	Existência do serviço de saúde	
10.8	Inexistência do serviço de saúde no país/região de origem	
10.9	Qualidade do serviço	
10.10	Atenção integral	
10.11	Precariedade dos serviços no país/região de origem	

11. Em sua opinião como se distribuem os usuários de outros países em termos de categoria social?

Muito pobres	
Pobres	
Classe média baixa	
Classe média	
Além da classe média	
Total em 100%	

12. Em sua opinião como se distribuem aproximadamente os usuários não residentes em termos das seguintes categorias:

Moradores com residência em outros países	
Indígenas não brasileiros	
Brasileiros naturalizados	
Brasileiros não residentes (Brasiguaios)	
Turistas	
Total em 100%	

13. Em sua opinião quais os serviços que mais atraem usuários não residentes para os serviços de saúde brasileiros? Hierarquize.

Atendimento médico	
Vacinas	
Cesta básica	
Transporte	
Medicamentos	
Encaminhamentos para outros serviços sociais	
Legalização da situação no Brasil	
Outros (Especificar)	

14. Existem aspectos culturais que interferem na relação dos usuários não residentes com o serviço de saúde no Brasil?

15.1 Não ( )

15.2 Sim ( )

15.2.1 Quais: ( ) língua

( ) Informações de saúde

( ) Outros (Especificar)_____

15. Em sua opinião como funciona o atendimento de não residentes:

15.1 Exercício do direito à saúde pelos não residentes:

_____

_____

15.2 Cite três situações em sua instituição nas quais o direito à saúde dos não residentes está efetivamente garantido:

_____

_____

15.3. Cite três situações em sua instituição nas quais o direito à saúde dos não residentes não está efetivamente garantido:

_____

_____

15.4 Obstáculos interpostos ao exercício efetivo do direito à saúde pelos usuários não residentes:

_____

_____

ANEXO C: Carta de Apresentação e Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Florianópolis, 13 de fevereiro de 2007.

Caro (a) Sr. (a) Gestor (a),

Há um consenso que o desenvolvimento das ações de integração no âmbito do MERCOSUL e outras iniciativas paralelas que visam a melhoria da atenção à saúde nos municípios de fronteira têm se tornado objeto de preocupação para os gestores em todos os níveis de governo.

Há também um consenso que a área e a linha da fronteira tem sido um espaço pouco privilegiado em termos de estudos e pesquisas, o que dificultam os processos decisórios quanto aos rumos das políticas municipais de saúde. Como é de vosso conhecimento, os sistemas de saúde localizados na linha da fronteira enfrentam dificuldades de inclusão não unicamente dos brasileiros, mas de uma demanda que procede dos países vizinhos.

Visando ampliar o conhecimento acerca do acesso à saúde nestes municípios, o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, vem apresentar a acadêmica Lislei Teresinha Preuss, que está executando projeto relacionado à sua dissertação de mestrado, ora em andamento no Programa mencionado.

Cumpre informar, ainda, que a atividade desenvolvida pela mestranda se inscreve nas atividades do Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas – UFSC e vem se dedicando, em parte, a projetos de investigação sobre o direito à saúde na região da linha da fronteira.

Nesse sentido, solicito a Vossa Senhoria toda à atenção e apoio possível na entrevista, para que o resultado dessa pesquisa venha a subsidiar a adoção de medidas e ações que permitam a melhoria e o aumento da capacidade de oferta do sistema local de saúde.

Atenciosamente,

Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Professora Orientadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Florianópolis, 13 de fevereiro de 2007.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa que vem sendo desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFSC.

Este estudo tem como objetivo analisar as representações dos usuários brasileiros sobre a inserção dos estrangeiros no Sistema Único de Saúde e dos estrangeiros que buscam atendimento no SUS na região Fronteira Noroeste do RS;

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista sobre as ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde locais, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre os serviços na região. Sua participação na pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribuirá para o melhor conhecimento de repercussões dos processos de integração entre países nos sistemas de saúde.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Núcleo de Pesquisa - Estado Sociedade Civil e Políticas Públicas/Florianópolis – Santa Catarina/SC -

Tels.: 55-3538-1238 e 55 9165-1335

Fax: 55-3511-5200

E-mail: lislei@unijui.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____

Sujeito da pesquisa

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