

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

JOSIANE AGUSTINI

**A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
E SUA INSTITUCIONALIDADE NOS SISTEMAS MUNICIPAIS NA
LINHA DA FRONTEIRA MERCOSUL.**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

JOSIANE AGUSTINI

**A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
E SUA INSTITUCIONALIDADE NOS SISTEMAS MUNICIPAIS NA
LINHA DA FRONTEIRA MERCOSUL.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

**FLORIANÓPOLIS
2008**

JOSIANE AGUSTINI

**A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
E SUA INSTITUCIONALIDADE NOS SISTEMAS MUNICIPAIS NA
LINHA DA FRONTEIRA MERCOSUL.**

Dissertação submetida à avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** e aprovada, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira (UFSC)
Orientadora

Prof^a Dr. Helder Boska Sarmento (UFSC)
Membro Examinador I

Prof^a Dr^a Helenara Silveira Fagundes (UCPel)
Membro Examinador II

FLORIANÓPOLIS, 2008.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira por ter aceitado mais este desafio. Agradeço a oportunidade de trabalhar novamente com essa pessoa maravilhosa, que possibilitou o desenvolvimento da pesquisa de meu interesse. Obrigado pela paciência e compreensão durante mais esta jornada.

Ao professor Prof. Dr. Helder Boska Sarmiento e à Profa. Dr^a Helenara Silveira Fagundes, pelas contribuições ao trabalho como membros da banca desde a qualificação. Muito obrigado.

À profa. Dra. Ivete Simionatto, que também tem sua parcela de contribuição nesta conquista. Obrigado pelo carinho e atenção.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFSC. E também aos colegas de empreitada durante o curso.

Às minhas famílias. À família que reside na cidade de Concórdia, que mesmo com a distância sempre estão torcendo, incentivando e apoiando minhas decisões: Helena, Idalino e Léo. Ah, que saudade!

Também foram imprescindíveis nessa trajetória meus tios Dorvilho e Maria, Délvio, Lenir, Mateus e o pequeno João, Marcelo e Eliane. Muito obrigado pelo carinho.

Aos meus avós Adélia e Luiz, pelos exemplos de vida.

À família de Florianópolis, pela acolhida, apoio e incentivo durante esse período: dona Lídia, seu Machado, Alexandre, Naiana, Ronaldo e a pequena Maria.

Agradeço, em especial, a Alan. Sempre estive ao meu lado, me apoiando e incentivando, da faculdade até hoje. Obrigado por ser companheiro, por entender algumas ausências e esquecimentos. Obrigado pela paciência e compreensão.

À minha amiga, Maria Aparecida pelo apoio e incentivo, além das longas conversas para entender a “natureza humana”. Obrigado por me ajudar a compreender que as “pequenas” dificuldades diárias podem ser facilmente superadas. Certamente me tornei uma pessoa melhor. Muito obrigado, garota!

Minha amiga Silvia, pela confiança e empenho, pela constante busca em fazer o melhor. Pela amizade, carinho e atenção.

Não poderia deixar de lembrar dos amigos de Florianópolis, Laguna e Concórdia, que acreditam e torcem por mim. Obrigado.

Enfim, a todos que não foram citados, mas que colaboraram de alguma maneira. Muito obrigado!

Este é apenas o fim de mais um ciclo de aprendizado.

RESUMO

AGUSTINI, Josiane. A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007. Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira.

O estudo tem como foco de análise os novos padrões institucionais propostos pela Política Nacional de Saúde. Constitui-se como objetivo geral do estudo, identificar em que medida os novos padrões institucionais (normas, regras e pactos) relativos ao princípio da descentralização vêm sendo incorporados na esfera municipal da região de fronteira com o Mercosul. Os procedimentos metodológicos da pesquisa incluíram inicialmente a elaboração de indicadores de análises tendo em vista o princípio da descentralização do SUS, em três eixos – organização dos serviços, gestão dos serviços e financiamento. Utilizou-se como base empírica os dados secundários constantes em dois bancos de dados dos Projetos “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde” e “Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul”. Os sujeitos de estudo foram os secretários municipais de saúde dos municípios da região mencionada, com os quais foram também realizadas entrevistas fim de complementar os dados não contidos nos bancos de dados indicados. As entrevistas foram realizadas em duas cidades – gêmeas: 1) em Foz do Iguaçu no Paraná; e 2) em Dionísio Cerqueira, Santa Catarina. Dentre os resultados, destaca-se que nos municípios localizados nessa faixa de fronteira vem sendo observado um incremento na demanda para a área social, principalmente junto aos que se apresentam com melhor oferta de serviços, fato que tem sobrecarregado os custos da atenção a saúde nestas localidades. Quanto à organização do sistema, percebeu-se inicialmente que algumas das orientações contidas na NOB 1996 e na NOAS 2002 não vêm sendo seguidas, principalmente em relação à condução do processo de hierarquização do sistema. Desta forma, o processo de regionalização da saúde não vem suprindo as necessidades dos municípios. Entre as estratégias utilizadas com frequência por estrangeiros para acessar o sistema de saúde estão o uso de documentação de familiares e amigos, e a busca por serviços nas emergências dos municípios. Diante disso, alguns municípios passaram a criar mecanismos próprios para limitar essa procura. Confirmou-se que o atendimento ao estrangeiro não ocorre de maneira uniforme, fato que varia de acordo com a compreensão do direito a saúde pelo profissional ou Secretário Municipal no momento do atendimento. Em relação à gestão dos serviços, constatou-se que as regulamentações contidas na NOAS 2002, especificamente em relação aos requisitos para habilitação dos municípios, não vem sendo seguidos plenamente. Com isso, o Ministério da Saúde tem habilitado os municípios sem que estes tenham condições de atender as especificações contidas na lei. Verifica-se a inexistência de protocolos e orientações no atendimento da população estrangeira, fato que tem favorecido o tratamento igualitário e sem qualquer impedimento na maioria dos casos, causando transtornos aos usuários brasileiros. No financiamento, tem-se observado que a localização dos municípios favorece a procura por serviços no lado brasileiro e, conseqüentemente, faz aumentar os gastos no campo da saúde. Portanto, a leitura que se faz, é que as discussões sobre os direitos sociais e o direito à saúde em regiões de fronteira, ainda é incipiente. Conclui-se que as garantias legais (seja leis, acordos, pactos, normas, etc.) já existentes quanto à atenção em saúde não são adotadas plenamente nas regiões fronteiriças, o que evidencia um nível ainda reduzido de incorporação das inovações institucionais do SUS em relação ao princípio da descentralização.

Palavras – chave: Institucionalidade, SUS, Descentralização, Organização, Gestão, Financiamento.

ABSTRACT

AGUSTINI, Josiane. The decentralization of the National Health Policy and its institutionality in municipal systems in the line border of Mercosul. **Masters Dissertation in Social Service.**

Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007. Advisor: Vera Maria Ribeiro Nogueira.

The study has its analysis focus on the new institutional patterns proposed by the National Health Policy. The major objective of the study is constituted by identifying in which level the new institutional patterns (standards, rules and pacts) related to the decentralization principle are being embedded in the municipal sphere of the border region with the Mercosul. The methodological procedures of the research included initially the elaboration of analysis indicators in view the decentralization principle of the SUS, on the axles – services organization, services management and funding. The empirical basis utilized were secondary data constant in two databases of the “Mercosul Border: a study about the health right” and “Health on the borders: study of the health services’ access on the border cities with the Mercosul”. The subjects of the study were the municipal secretaries of health of the region municipalities mentioned, with which were also held interviews in order to complement the data that was not contained on the mentioned databases. The interviews were held in two twin-cities: 1) in Foz do Iguacu in Paraná; and 2) in Dionísio Cerqueira, Santa Catarina. Among the results, it’s noticeable that in the municipalities located in this border line it’s being observed an increment on the demand for the social area, especially among those who have the best services offer, a fact that has overwhelmed the health attention costs in these locations. On the organization of the system, it was initially realized that some of the guidelines contained in the NOB 1996 and in the NOAS 2002 are not being followed, mainly the ones related to the conduct of the proceedings of the system’s hierarchy. This way, the health regionalization process is not filling the municipalities’ needs. Within the frequently strategies used by foreigners to access the health system there is the use of relatives and friends documentation, and the search for service in the municipalities emergencies. In front of that, some municipalities have started to create mechanisms to limit this search. It has been confirmed that the foreigner care does not occur uniformly, fact that varies according to the comprehension of the health right by the Municipal Secretary at the time of care. Regarding the management of services, it has been determined that the regulations contained in the NOAS 2002, especially regarding the requisites for the municipalities’ qualification, are not being fully followed. With this, the Ministry of Health has qualified the municipalities unless they have conditions to meet the specifications contained in the law. There is a lack of protocols and guidelines on the foreigner care population, fact that has favored the Brazilian users. In the financing, it has been observed that the municipalities’ location favors the search for services on the Brazilian side and, consequently, increases the health spent. Therefore, it is possible to read that, the discussions about the social rights and the health right in border regions is still incipient. It is concluded that the legal guarantees (either laws, agreements, pacts, standards, etc.) already exist on the health care are not fully adopted in the border regions, which shows a still reduced level of incorporation of the institutional innovations of SUS regarding the decentralization principle.

Keywords: Institutionality, SUS, Decentralization, Organizations, Management, Funding.

“Os direitos fundamentais, porque foram os primeiros feitos – o direito à vida, ao ir e vir, à segurança, à liberdade religiosa e de pensamento, à defesa em ação judicial -, ainda estão longe de serem garantidos nos países onde o desenvolvimento institucional apresenta tantas brechas e lacunas”.

Alba Zaluar

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimentos de Auto Custo
CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNRAC - Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
ENPESS - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAE - Fração Assistencial Especializada
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GPAB - Gestão Plena de Atenção Básica
GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
IVR - Índice de Valorização de Resultados
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
MIN - Ministério da Integração Nacional
MIR - Ministério da Integração Regional
MRE - Ministério das Relações Exteriores
MS - Ministério da Saúde
NEPP - Núcleo de Estudo em Políticas Públicas
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB - Piso Assistencial Básico
PAB Variável - Piso da Atenção Básica Variável
PAC - Pacto da Atenção Básica
PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PDI - Plano Diretor de Investimento
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIBIC/ CNPq - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPI - Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PR - Paraná
PSF - Programa de Saúde da Família
RS – Rio Grande do Sul
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC - Santa Catarina
SES - Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SMS's - Secretários Municipais de Saúde
SIA/ SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH/ SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIS - Fronteiras – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SUS - Sistema Único de Saúde
TFA - Transferência Regular e Automática
TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
TFECD - Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPS - Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I.....	24
1. REVENDO ABORDAGENS CONCEITUAIS	24
1.1 Instituições.....	24
1.1.1 Institucionalização e Institucionalidade.....	37
1.2. O Neo - Institucionalismo.....	46
CAPÍTULO - II.....	61
2. INOVAÇÕES INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE E NA REGIÃO DE FRONTEIRA.....	61
2.1 As inovações institucionais da política de saúde brasileira na década de 1990.....	65
2.1.1 Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde...69	69
2.1.2 Pactos pela Saúde.....	80
2.2 Iniciativas na Região de Fronteira.....	90
CAPÍTULO – III.....	108
3. CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO.....	108
3.1 Procedimentos Metodológicos.....	108
3.1.1 Construção dos indicadores.....	109
3.1.2 Fontes de Coleta/ Informação.....	128
CAPÍTULO - IV.....	132
4. A INCORPORAÇÃO DAS INSTITUCIONALIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE FRONTEIRA.....	132
4.1 Características dos municípios e o perfil dos Secretários Municipais de Saúde envolvidos no estudo.....	132
4.2 A descentralização do SUS na fronteira Mercosul – apropriação das diretrizes e normas legais.....	142
4.2.1 Organização do sistema – regulações institucionais.....	144
4.2.2 Gestão dos Serviços – incorporação de novas regras.....	177
4.2.3 Financiamento – novos perfis / padrões / acordos.....	238
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	268
REFERÊNCIAS.....	276

ANEXOS	286
ANEXO A.....	287
ANEXO B.....	290
APÊNDICES.....	293
APÊNDICE A.....	294
APÊNDICE B	297

INTRODUÇÃO

O direito social e o direito à saúde nas regiões de fronteira são temas que vêm sendo discutidos em diversas esferas e distintos âmbitos governamentais e não-governamentais. No Núcleo de Pesquisas Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), esse tema constituiu uma linha de estudo desde 2003. O debate sobre a temática vem conquistando espaço, como por exemplo, em dois eventos coordenados pelo Núcleo, em 2005 e 2006. Foram também elaborados diversos trabalhos científicos, sendo quatorze (14) dissertações de mestrado e dezesseis (16) trabalhos de conclusão de curso, cujos resultados foram apresentados em eventos e fóruns que abordam a questão.

Portanto, esta dissertação dá continuidade aos estudos realizados por pesquisadores do Núcleo e integra a área de concentração “Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social” e a linha de pesquisa “Estado, Sociedade Civil e Políticas Sociais”, do Programa de Pós - Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objeto de estudo da presente dissertação decorre de conclusões da realização da pesquisa “Fronteira Mercosul: um estudo sobre direito à saúde”, concluída em 2005, quando foi constatada uma diversidade de compreensão sobre o significado do direito à saúde na região, ocasionando perfis distintos de atenção às demandas por parte dos estrangeiros que vivem na linha de fronteira. Tal constatação indica dois fatores interligados: a) o primeiro, a inexistência de princípios ético - políticos comuns, decorrentes da política nacional de saúde; b) e o segundo parece revelar níveis de institucionalidades frágeis, incapazes de absorver a demanda dos usuários não brasileiros protegidos pelo Estatuto do Estrangeiro (NOGUEIRA, 2006)¹.

As alterações ocorridas nas três últimas décadas nas esferas política, social e econômica vêm tornando cada vez mais complexas e contraditórias as relações entre os países na busca pelo desenvolvimento. Em decorrência destas transformações internacionais, surgiram os blocos econômicos, buscando a consolidação e a ampliação de seus mercados para garantir sua inserção nas economias globalizadas.

Os países são desafiados no sentido de amenizar os reflexos dessa nova ordem econômica mundial que agrava e acentua as desigualdades sociais. Desafio que consiste não

¹ No presente trabalho, os municípios estudados são os que estão na fronteira com os países Argentina, Uruguai e Paraguai.

apenas em propiciar a estas regiões desenvolvimento econômico, mas também, o desenvolvimento social no intuito de apontar ações propositivas que priorizem a qualidade de vida dos indivíduos residentes nas regiões de fronteira. Indivíduos que se defrontam com especificidades de relações diferenciadas das demais regiões.

Seguindo essa perspectiva, Melo (2001) assinala que, a partir da década de 1980, com a crise fiscal e o desequilíbrio externo, tornou-se evidente a redução da dimensão interventiva da esfera pública na área social e, assim, iniciou-se um período de críticas quanto à sua efetividade e capacidade de resolução. Com isso, surge uma nova terminologia, “o *mistargeting* das políticas públicas”. O termo foi amplamente difundido pelo Banco Mundial para mostrar “a incapacidade de as políticas alcançarem os segmentos sociais que configuram a sua população-meta” (MELO, 2001, p. 18).

Alguns analistas ressaltam a existência de dois instrumentos de engenharia político – institucionais que possibilitariam a superação do *mistargeting*. O primeiro trata da “participação dos atores excluídos na arena decisória das políticas (e seu corolário, a transparência nos processos decisórios)” e o segundo aborda “a descentralização (pela qual os problemas associados ao gigantismo burocrático poderiam ser superados)” (MELO, 2001, p. 18-19). Fato esse que sinalizou, pela primeira vez, que as dimensões legais da democracia passaram a fazer parte das agendas de discussão pública.

O debate sobre a necessidade de integração na América do Sul surgiu com a criação do Mercosul e a assinatura do Tratado de Assunção pelos Estados - Partes² em 26 de março de 1991. A partir deste e de outros acordos firmados posteriormente, tornou-se possível a mútua cooperação em diversos aspectos entre os países participantes, entre eles a integração econômica e de mercado. Embora, nos dias atuais, a cooperação ainda esteja centrada prioritariamente no aspecto econômico, foram surgindo iniciativas frente a estes acordos, voltadas também para o desenvolvimento social da região, raramente mencionado em normativas anteriores.

Constata-se que os acordos já estabelecidos no campo da Seguridade Social, principalmente aos trabalhadores formais, permitiram o surgimento de espaços de mobilização da sociedade ampliando a participação e a construção de uma agenda social para o Mercosul. A mesma autora enfatiza que essa iniciativa apontou importantes avanços quanto

² Países que assinaram o Tratado de Assunção em 26/03/1991: a República da Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Nos dias atuais, cinco países são Estados associados ao Mercosul: Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru. A Venezuela passou, em 2006, à categoria de Estado – parte.

à “diversificação de objetivos e funções da nova institucionalidade em que se apóia hoje a dimensão social do Mercosul” (DRAIBE, 2006).

Nota-se, a partir de 2000, uma preocupação maior com as questões sociais por parte dos países latino-americanos. Segundo Draibe (2006), essa inovação e amadurecimento institucional contaram com estímulos e acompanhamento decorrentes da mobilização e integração de organizações da sociedade, nas diversas instâncias de participação.

De acordo com Nogueira (2007)³, para discutir a dimensão social, é necessário, primeiramente, reconhecer a relação íntima entre proteção social, institucionalidades e Mercosul e temas como integração regional, direitos e cidadania. Além disso, é imprescindível compreender que estes temas estão relacionados a aspectos de ordem histórica, política, econômica e cultural, tornando, desse modo, sua abordagem complexa.

Destaca-se, nessa linha, a análise de Paolo (2003) indicando dois elementos essenciais da dimensão social: as políticas sociais comunitárias e a participação da sociedade civil. Participação essa que corresponderia à relação entre a formalidade institucional e o desenvolvimento de políticas sociais regionais, compreendendo tal articulação como favorável à construção de uma identidade regional, sem deixar de lado as identidades nacionais. Assim, a definição de “pertença” ocorreria nos dois planos, apoiando de forma legítima o caráter social da integração (NOGUEIRA, 2007).

Outra questão importante em relação à dimensão social é que, de maneira contrária ao observado em outros Blocos⁴, no Mercosul a “coesão social” jamais foi considerada uma prioridade. Para Nogueira (2007) essa irrelevância conferida ao referido objetivo pode ser um dos motivos da dificuldade e do pouco interesse dos países em sustentar um fundo com recursos financeiros a fim de subsidiar diversas políticas em regiões do bloco com elevado grau de assimetria, quando não apresentassem condições para fazê-lo.

Verificou-se ainda em estudos anteriores na região que os acordos e pactos firmados entre os governos nacionais e internacionais não têm tido repercussão, inclusive, em alguns casos contam com o desconhecimento completo dos gestores e profissionais sobre os mesmos. Dessa forma, Nogueira (2007) assinala que as institucionalidades do Mercosul não conseguiram ultrapassar, até o momento, o discurso sobre a dimensão social com vistas ao

³ Esse trabalho intitulado “Direito, Cidadania e Mercosul” foi elaborado e apresentado pela Profa. Dra. Vera M. R. Nogueira em agosto de 2007 – no Seminário Internacional: *Políticas Públicas, Derechos y Trabajo Social en el Mercosur*, em Córdoba – Argentina.

⁴ União Européia, principalmente.

desenvolvimento de ações mais efetivas, diante das desigualdades evidentes entre os países integrantes do Mercosul.

Particularizando a área da saúde, no lado da população estrangeira que acessa o sistema de saúde, observa-se a permanente incerteza quanto ao tipo de atendimento que receberão em caso de necessidade. No lado brasileiro, se evidencia a inexistência de padrões uniformes de atenção, favorecendo decisões pessoais dos gestores e dos profissionais de saúde, dificultando o planejamento de ações integradas entre os sistemas de saúde dos municípios brasileiros e de outros países (NOGUEIRA, 2006).

Outros estudos também mostram a existência de controvérsias sobre aspectos relacionados às legislações a esse respeito, as mesmas apresentando certa fragilidade no que tange à possibilidade real de viabilizar um corpo institucional ao tema tratado. Partindo desse pressuposto, é relevante para o nosso estudo identificar os padrões de institucionalidade propostos pela Política Nacional de Saúde e como estes vêm sendo incorporados pela esfera municipal.

A saúde no Brasil, como direito social, iniciou sua construção na década de 1980, a partir das discussões realizadas pelo movimento de Reforma Sanitária, que refletiu em um novo paradigma e um conceito mais abrangente de saúde. O referido movimento desencadeou vários avanços, contribuindo, posteriormente, para a incorporação da saúde como direito na Constituição Federal de 1988. Sua consolidação foi marcada por disputas políticas e econômicas, e idealizada por vários atores sociais que buscavam a igualdade de direitos e a eficácia das políticas sociais.

Ao retroceder na história, nota-se que, desde as primeiras legislações, na década de 1930, o direito à saúde no Brasil foi garantido unicamente a uma parcela da população, aos trabalhadores do setor formal. Na metade da década de 1970, o modelo de atenção à saúde previdenciária entrou em crise, exigindo do governo federal a realização de alterações. Ocorreram diversas manifestações populares durante esse período, contando com a participação de atores políticos⁵.

Tal situação possibilitou a articulação de atores sociais preocupados com as condições de saúde do país, favorecendo sua organização em um movimento conhecido como Reforma Sanitária. Esse projeto de reforma contemplava críticas ao modelo de saúde em vigor, ampliadas durante o regime militar, devido a escândalos relacionados a fraudes e corrupção, mas sobretudo, pela ineficácia e iniquidade do sistema de saúde brasileiro.

⁵ Sobre o processo de reforma sanitária, ver os seguintes autores: Nogueira (2002), Fleury (1997), Gerschman (1995), Almeida (1996), Campos (1992), entre outros.

O cenário da década de 1980 mostrava a assistência sanitária ainda marcada pela exclusão e pelas desigualdades, evidentes e em grandes proporções. Esse momento foi favorável ao surgimento de vários movimentos sociais que reivindicavam melhores condições de saúde para toda a população. Em meio a essa transformação, o movimento da Reforma Sanitária inicia os debates sobre o direito à saúde sinalizando novas concepções de saúde. Entre as propostas estavam a criação do Sistema Único de Saúde e a descentralização da política de saúde, buscando a garantia de acesso às ações e serviços de saúde de forma universal, com equidade e integralidade (NOGUEIRA, 2002).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, as reivindicações do movimento sanitário foram finalmente contempladas. O projeto sanitário, em sua forma original, tinha como pressupostos o conceito abrangente de saúde⁶, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a criação de um Sistema Único de Saúde. Sugeriu-se que esse Sistema Único contasse com o predomínio do setor público, descentralização e hierarquização das unidades de atenção à saúde, participação e controle da população na regionalização dos serviços - o controle social -, além de uma readequação financeira do setor (ALMEIDA; WESTPHAL, 2001).

Na visão de Nogueira (2002), os ideais da Reforma Sanitária na década de 1980, estão, nos dias atuais cada vez mais distantes da realidade cotidiana da maioria da população brasileira. Segundo a autora, as razões para tal reflexão podem ser encontradas no transcurso da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da aprovação das Leis n. 8.080 e n. 8.142 em 1990, que regulamentam a atenção à saúde. Isso se deve ao aumento da crise brasileira⁷ nas décadas de 1980 e 1990, com conseqüências nos “planos ético, político e econômico”. Desde então, a crise vem conduzindo alterações significativas na organização da vida social,

⁶ O conceito de saúde debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde tem a seguinte definição: “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (ANAIS da 8ª CNS. Relatório final. Brasília, 1987).

⁷ Essa expressão é utilizada para caracterizar o contexto social, econômico e político vivido no país nas duas décadas. “É a evidência de uma crise mais global do capitalismo, que ocasionou uma recessão em larga escala nos países periféricos, provocando, entre outras conseqüências, o aumento desmedido do desemprego estrutural, uma crise fiscal e de governabilidade do Estado e a ampliação da exclusão e da desigualdade social” (NOGUEIRA, 2002, p. 24). A crise brasileira é o reflexo de uma crise econômica mais ampla, ocorrida nos países do Ocidente desenvolvido, que decorre da redução de acumulação do capital. Para que ocorra a retomada do crescimento econômico, as estratégias sugeridas por organismos internacionais dizem respeito a um ajuste estrutural com abrangência nas áreas econômica, política e administrativa (NOGUEIRA, 2002).

[...] esvaindo-se antigos padrões de sociabilidade com uma pluralidade intensa de interesses e demandas, os quais são, em grande parte, antagônicos e diferenciados, evidenciando uma crise que se projeta tanto no interior das instituições e serviços públicos quanto na desestruturação de “referências identitárias” que interferem na regulação da vida em sociedade (SIMIONATTO, NOGUEIRA, 1996, p. 18).

A Constituição Federal de 1988 apresentou um novo reordenamento para o setor saúde, ao propor um desenho particular a aspectos ético - políticos fundamentais. Portanto, universalizou-se o direito à saúde, garantindo o pleno acesso aos serviços, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. De forma positiva, definiu espaços para a gestão democrática dos serviços de saúde, com a possibilidade legal da participação popular, fator que contribuiu para o controle social por diferentes sujeitos sociais.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único. Este sistema é organizado a partir das diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade às ações preventivas; e c) participação social. O SUS também conta alguns princípios para conduzir sua organização, direção e gestão dos serviços: a) regionalização; b) resolutividade; c) descentralização; d) controle social; e) complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990A).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Leis nº. 8.080 e nº. 8.142 em 1990, a política de saúde consolida-se no plano legislativo. Tais leis definem as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde. Essa nova organização fez com que União, Estados e Municípios passassem a receber responsabilidades específicas por sua gestão e implementação, conduzindo a novas formas de regulação da atenção à saúde. Os municípios passam a desempenhar funções essenciais para a gestão dos serviços, conforme as propostas contidas nas Normas Operacionais Básicas (NOB's) e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

A partir da década de 1990, com a implantação das reformas econômicas difundidas de forma intensa em âmbito internacional, foram identificadas diferenças importantes nos conteúdos das agendas políticas com críticas sobre os altos custos com a saúde para os orçamentos nacionais. Considerou-se então a existência de uma crise dos sistemas de saúde, com base em argumentos econômicos, fato que repercutiu em corte nos orçamentos para a área sanitária, buscando alternativas para melhorar seu desempenho econômico (NOGUEIRA, 2002).

Em 1995, seguindo recomendações de organismos internacionais, entre eles o Banco Mundial, foram implementadas novas reformas no país, inclusive no âmbito social. No caso da saúde, instituíram-se as chamadas reformas incrementais em saúde⁸, conduzindo a mudanças e ajustes graduais, alterando de maneira lenta, mas significativa, o formato original do SUS.

Conforme Noronha e Tavares (2001), na década de 1990 ocorreu uma interrupção e um recuo na construção do ideário de Proteção Social para o Brasil, como previa a Constituição Federal de 1988. A mudança de direção desse projeto de proteção social se deu em um processo de intensas mudanças econômicas, sociais e institucionais. Mudanças essas produzidas pelo que foi denominado como “reformas estruturais”, conduzidas por políticas de ajuste, as chamadas políticas neoliberais⁹. Os autores citam, ainda, a expansão dessas reformas a todos os países da América Latina, acarretando sérias conseqüências sociais e econômicas, provocando retrocessos na constituição de uma cidadania ainda em construção¹⁰.

O caso brasileiro não foi diferente, embora sua entrada nesse processo tenha sido posterior. No Brasil, as “reformas” vêm sendo observadas desde o início dos anos 1990, e sinalizam a Constituição Cidadã de 1988 como o principal entrave ao processo de modernização e abertura do país. Somente na segunda metade dos anos 1990 é concluído o projeto de “Reforma do Estado”. Esse contexto passa a imprimir uma situação social e de saúde com o acentuado aumento da população em situação de pobreza, agravando e gerando outros problemas, como o desemprego e a precariedade do trabalho, seguido por um acréscimo das desigualdades sociais e econômicas (NORONHA; TAVARES, 2001).

Segundo Noronha e Tavares (2001), ao contexto soma-se o desmonte do Estado brasileiro, principalmente com a desresponsabilização do governo em suas funções no campo social. Para os autores, essas políticas de ajuste têm ocasionado elevados graus de limitações, gerando constantes iniquidades, aprofundando as desigualdades sociais e regionais. O receituário para a correção das distorções ou desvios do Estado sinaliza a transferência ao setor privado das atividades que o mercado pode controlar. Ou seja, a privatização de

⁸ A expressão “reforma” tem sido utilizada para designar esse processo de transformação gradual nos sistemas de saúde, situação que decorre de três fatores: redução da capacidade financeira ou vontade política dos Estados para arcar com os custos do sistema, despesas crescentes e quebra das bases da solidariedade próprias do *Welfare State*. O termo gradual e seguro é utilizado pelo Banco Mundial e tem o mesmo sentido de reformas incrementais (NOGUEIRA, 2002).

⁹ Devido a sua matriz ideológico - política e suas recomendações elaboradas por organismos multilaterais de financiamento, a exemplo o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

¹⁰ Conforme Noronha e Tavares (2001), o exemplo mais importante e radical foi o chileno, ocorrido no início da década de 1980, além da Argentina até o momento.

empresas estatais e da descentralização no processo de execução de serviços sociais entre eles a educação, a saúde, a cultura e pesquisa (NORONHA; TAVARES, 2001).

Diante da conjuntura e em meio ao processo de reformas e ajustes, observa-se, no caso brasileiro, o diagnóstico de crise do setor saúde. Neste caso, foram feitas sérias críticas aos Estados nacionais, que seriam os responsáveis “pela má alocação de recursos, pela ineficiência, pelo alto custo dos serviços sanitários e pela iniquidade, entendida como não-acesso aos mais pobres” (COSTA, RIBEIRO, 1996, p. 90). A partir dessa análise, foram sugeridas algumas estratégias no intuito de criar possibilidades favoráveis para que as famílias melhorassem suas condições de vida, a fim de tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde, promovendo a diversificação e a concorrência. Entre as principais propostas do documento “Investindo em Saúde” estão: o investimento em saúde especialmente junto às famílias empobrecidas; investimento em programas mais eficazes em termos de custo/benefício, o que significa um pacote de serviços clínicos essenciais; redução de gastos públicos com atenção terciária, que poderá ser atendida via mercado; investimento em saúde pública levando em conta a alta externalidade e outras orientações que encaminham a atenção à saúde em termos de concorrência mercantil (BANCO MUNDIAL, 1993).

De acordo com Nogueira (2002), os exemplos mais conhecidos de adesão às propostas do Banco Mundial no Brasil foram o Programa Saúde da Família e o Piso de Atenção Básica. A autora comenta que alguns analistas apontam estas propostas como as causadoras de desvios das diretrizes do SUS, por realizar a seleção de usuários e garantir somente uma “cesta básica” de serviços, fato contrário ao princípio da universalidade e da equidade. Assim, os prestadores de serviços seriam de duas ordens: primeiramente, estão os próprios serviços estatais, que funcionam como unidades de serviços básicos; na segunda, são serviços básicos contratados através de clínicas e hospitais privados (NOGUEIRA, 2002).

Essas reformas estruturais recomendam a constituição de um sistema de atenção à saúde misto e plural. Entre as novas proposições, são definidas novas funções para o Estado, intensificando seu papel de coordenação para o desenvolvimento e o fortalecimento das parcerias entre setor público e setor privado. Sendo assim, tanto as agendas da Organização Mundial da Saúde quanto do Banco mundial são norteadas pelo paradigma da economia da saúde (NOGUEIRA, 2002).

A nova geração de reformas, recomendada e implementada pelo Banco Mundial a partir de 2000, contém diversas orientações para o campo da saúde. Entre os elementos centrais estão: a) mudança no papel dos governos, no sentido de aprimorar a capacidade de governabilidade, desenvolvimento de dados, descentralização da autoridade; b)

financiamento, por meio da associação de riscos, buscando garantir um nível adequado para a saúde pública e para os serviços básicos à população, além da redução de custos; c) prestação de serviços de saúde, descentralização, separação entre financiamento e provisão, parcerias entre público e privado (NOGUEIRA, 2002).

Observa-se, por outro lado, que as mudanças ocorridas ocasionaram avanços importantes nas formas de gestão e organização do sistema de saúde, ou seja, foram impostas alterações institucionais remodelando a operacionalização do SUS. Essas alterações institucionais, decorrentes dos processos de reorganização do sistema, promoveram a ampliação da gestão e do acesso aos serviços e ações de saúde em todo o país.

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte os novos padrões institucionais propostos pela Política Nacional de Saúde nos sistemas municipais da região de fronteira em termos de descentralização. Com essa finalidade, realiza-se um resgate das regras, normas e pactos da política de saúde que favorecem o processo de operacionalização do SUS, e outros relacionados ao tema, notadamente os mais importantes: o Acordo do Comitê Binacional de Saúde Santana do Livramento e *Rivera* (Uruguai) e o Acordo de Trânsito Vicinal Fronteiriço entre Brasil e Argentina.

A concepção de institucionalidade adotada neste estudo diz respeito às regras institucionais, democraticamente consensuadas, que permitem continuidades regulatórias nos processos de gestão dos sistemas de saúde garantindo a efetividade de suas atribuições nos planos ético-políticos e técnico-operativos. Vale ressaltar a compreensão da expressão “inovações institucionais” entendidas como as leis, pactos, normativas, decretos, acordos, etc... que impõem ou prevêm uma nova regulação, em âmbito nacional, da política de saúde e possibilitam a organização da gestão do sistema e o acesso às ações e serviços de saúde por parte da população.

Analisando a realidade estudada, parte-se do pressuposto de que a diversidade de atenção à saúde na linha da fronteira Mercosul se explica pelo reduzido nível de institucionalidade dos sistemas municipais de saúde, especialmente nas cidades - gêmeas¹¹, onde os processos de exclusão social em saúde aos usuários não brasileiros são acentuados (OPAS, 2004). Sendo assim, a discussão remete, também, para os marcos referenciais legais relativos à garantia de proteção social em regiões de fronteira, os quais, entretanto, não são observados.

¹¹ Cidades que se localizam geograficamente na zona de fronteira entre dois países. Como exemplo, podemos citar: Dionísio Cerqueira (Brasil) e *Bernardo de Irigoyen* (Argentina).

Partindo dessa constatação, investigamos as regularidades institucionais da Política Nacional de Saúde na região da fronteira Mercosul, questionando como as institucionalidades que garantem o direito à saúde vêm ocorrendo no âmbito de competência dos municípios, no sentido de dar concretude às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Justifica-se a proposta de pesquisa, diante da hipótese de uma relativa fragilidade nas instituições em sua função de operacionalização do sistema nacional de saúde. Não se desconsideram outros aspectos relacionados ao objeto de estudo, ou seja, outras determinações influenciando a situação encontrada, mas nos limites do estudo em pauta, serão observadas unicamente as questões institucionais.

Constitui-se, portanto, como objetivo geral identificar em que medida estes novos padrões institucionais (normas, regras e pactos) relativos ao princípio da descentralização vêm sendo incorporados na esfera municipal da região de fronteira com países do Mercosul. Para o alcance deste objetivo, foram definidos alguns objetivos específicos: a) resgatar as regras, normas e pactos da política de saúde que operacionalizam o SUS; b) verificar o conhecimento por parte dos gestores e profissionais destas normatizações; c) identificar em que medida estas normatizações, regras e pactos estão sendo cumpridos em âmbito municipal.

Destacamos que a proposta visa ampliar o conhecimento sobre novas possibilidades de integração e articulação regional no plano da saúde entre os países componentes do Mercosul e suas fronteiras. O aprofundamento da análise a respeito dos mecanismos de ordem institucional poderá viabilizar ações e programas que atendam as demandas de saúde da população residente na região, favorecendo o intercâmbio, por ora inexistente, entre os gestores municipais fronteiriços. Da mesma forma, o estudo aqui proposto buscará apontar a existência ou não de debilidades institucionais dificultando as garantias legais do direito à saúde, tornando visíveis certas condições da região fronteira.

Os resultados do estudo estão estruturados em quatro capítulos. O primeiro compreende o resgate das abordagens teóricas existentes sobre as instituições e a institucionalidade, utilizadas como referência para a análise dos dados. Ainda neste item, foram revistas as análises sobre o neo - institucionalismo, apresentado por alguns autores como uma perspectiva positiva para a análise de políticas públicas.

O segundo capítulo contempla a revisão e compilação das inovações institucionais da política nacional de saúde e suas principais características.

O terceiro capítulo indica os procedimentos metodológicos, expondo o seu desenho e o percurso que orientaram a execução da pesquisa, além dos eixos norteadores da coleta de

dados. Também são resgatadas iniciativas relacionadas a ações sanitárias integradas em regiões fronteiriças, no sentido de atender as suas especificidades.

O quarto capítulo abrange o estudo e identificação dos dados coletados com a pesquisa empírica. As informações coletadas foram sistematizadas, classificadas e analisadas de acordo com as categorias de referência.

Por fim, nas considerações, serão resgatados os principais tópicos relacionados aos eixos propostos e às conclusões do trabalho.

CAPÍTULO I

1. REVENDO ABORDAGENS CONCEITUAIS

O termo instituição vem sendo utilizado pelas Ciências Sociais ao longo do tempo sob diversos aspectos, marcado por diferenciações tanto entre os campos de conhecimento, e também, pelas diversas interpretações. Em decorrência dessa constatação, destaca-se que esse resgate enfatiza as visões do termo sob olhares dos principais pesquisadores da Sociologia que o estudaram, na perspectiva de entender o processo de institucionalidade, do qual não se tem resgatado suas origens sociológicas.

Nesse sentido, ou seja, para compreender de maneira mais ampla o conceito de instituição e sua utilização, retoma-se a visão de autores clássicos e contemporâneos, tais como: Durkheim, Weber, Parsons, Lapassade, Berger e Luckmann e Théret, entre outros. Portanto, busca-se descrever sua função nos discursos e na vida prática. Assim, será possível ampliar a compreensão sobre o objeto de pesquisa, além de fornecer elementos analíticos para que se possa caracterizar o processo de constituição, efetivação e alteração das instituições.

O presente capítulo procura resgatar o processo de naturalização do termo instituições, elucidando elementos comuns e diferenciados em suas análises. Assim, realiza-se uma revisão dos conceitos - chaves para uma compreensão mais abrangente do objeto de estudo proposto: conceitos de instituição, institucionalidade, institucionalização, neo-institucionalismo.

1.1 Instituições

Considerando-se as relações entre indivíduo, sociedade e Estado, ressaltam-se as mediações realizadas entre essas instâncias, pois as relações estabelecidas entre os indivíduos têm, por sua vez, intrínseca ligação com as instituições. Percebe-se, também, a necessidade de demarcar as diversas posições teóricas que trazem contribuições importantes à análise aqui pretendida.

Observa-se que alguns autores abordam o termo instituição alertando para sua polissemia, ou seja, é empregado em sentidos particulares e variados. Este fato é percebido,

por exemplo, na área jurídica e sociológica, em que a expressão é utilizada por cada um a sua maneira. Destacam essa ambigüidade: Durkheim, Mauss, Hauriou, Gurvitch (BIROU, 1982).

Vale enfatizar a presença do termo instituição em alguns dicionários de Sociologia e Ciências Sociais, os quais apontam diversos significados ao termo, de acordo com a área que o utiliza, como se evidencia a seguir.

O termo instituição, para Birou (1982), deriva do latim *instituere*, que caracteriza a ação de estabelecer, de construir ou fixar padrões regulares de comportamentos. Já nos dicionários de língua portuguesa, o termo designa “organismo ou forma de organização social, freqüentemente de caráter jurídico ou quase - jurídico, que desempenha uma função social e tende a durar independentemente das vontades de seus membros” (BIROU, 1982, p. 209). Nessa linha, podem ser citadas como exemplos as instituições políticas, as familiares e as religiosas.

Na sociologia norte-americana, via de regra, o termo instituição indica “uma força estabelecida, de comportamento homogêneo e coerente, que serve, simultaneamente, para o exercício do controle social e para a satisfação das necessidades sociais de base” (BIROU, 1982, p. 209). Dessa forma, o conceito compõe-se por uma combinação ou tipo de comportamento compartilhado por vários indivíduos, e tem sua centralidade na satisfação de necessidades essenciais do grupo ao qual pertence (BIROU, 1982). De acordo com as análises, para manter o caráter objetivo do conhecimento sobre a instituição, é necessário entendê-la como uma estrutura parcial da sociedade, que apresenta distinções do grupo e desempenha funções específicas na vida social. O autor assinala que as instituições procuram contemplar determinado número de normas que podem vir a se tornar obrigatórias, da mesma maneira que precisam ser reconhecidas ou impostas pela sociedade em sua totalidade. Portanto, as instituições realizam determinados objetivos, ao longo das gerações, que as fazem ter reconhecimento e aceitação pelo conjunto dos indivíduos que dele partilham. Logo, também as normas, os objetivos e os valores pretendidos e eleitos por estas instituições passam a constituir um sistema que pode evoluir, mantendo sempre sua unidade e coerência ao longo do tempo (BIROU, 1982).

Linton (1967) apresenta uma concepção de instituição que consiste, pois, em uma “configuração de modelos culturais, que desempenha determinadas funções como totalidade”. Já na visão de Parsons, a instituição compreende “um complexo de funções (ou relações de estatutos), institucionalizados, com uma significação estrutural estratégica” (LINTON, 1967, p. 89).

Para Lourau (1967), instituição é o conjunto de forças sociais que atuam numa situação que aparentemente é regida por normas ou regras universais, tendo em vista o desempenho de uma função específica, a citar: a produção, a educação, a saúde, as reivindicações econômicas, entre outras. Assim sendo, a instituição é a dimensão onde se articulam e são definidas as formas como são conduzidas determinadas relações sociais. Trata-se, deste modo, do espaço em que as relações humanas são conduzidas por instituições, e sob esta face, existem relações tanto de produção de domínio, quanto de exploração (LAPASSADE, *Apud* SOUZA, 1982).

A instituição social, conforme Santos (1978, p. 173), é caracterizada como: a) modos de pensar, sentir e agir, idéias, padrões de conduta relacionados com a satisfação de necessidades fundamentais do grupo: a segurança, a alimentação, a moradia, o sexo e a educação; b) como um conjunto de costumes voltados à regulação das relações entre os grupos; e c) como um conjunto de ações ou de idéias instituídas, que os indivíduos encontram diante de si e que são impostas a eles.

Silva e Netto (1986), em seu Dicionário de Ciências Sociais, caracterizam o termo instituição sob duas linhas de interpretação, da Administração e da Sociologia. Na primeira linha, o termo é concebido da seguinte forma:

As instituições tocam múltiplos aspectos da vida, como o casamento, propriedade e outros. Por prescreverem normas de conduta, tendem à integração entre expectativas e ações e assim contribuem para a regularidade e a estabilidade da organização social. Por outro lado, segundo propõe Selznick, o termo instituição aplica-se a grupos que, através da dinâmica de seu funcionamento, se reveste de significado especial para seus membros e para a comunidade que constitui seu ambiente (SILVA; NETTO, 1986, p. 612).

Já no que diz respeito à segunda interpretação, da Sociologia, a fundamentação do termo instituição se relaciona como:

[...] um elemento da vida social em que orientações de valor e interesses característicos, concentrando-se em aspectos sociais importantes (por exemplo, educação, casamento, propriedade), geram formas características de interação social ou as acompanham. Seu uso acentua fenômenos sociais “importantes”, relações de “significância estrutural estratégica” (SILVA; NETTO, 1986, p. 613).

O mesmo Dicionário aponta a definição de Summer, em que “uma instituição consiste num conceito (idéia, noção, doutrina, interesse) e numa estrutura”. Assinala, também, a

concepção do termo conforme Hobhouse, que abrange: “a) usos reconhecidos e estabelecidos que governam certas relações dos homens; b) um complexo inteiro de tais usos e os princípios que o regem; e c) a organização (se existe) que sustenta tal complexo[...]” (*Apud*, SILVA; NETTO, 1986, p. 613).

Os autores MacIver e Page entendem o conceito de instituições como “as formas ou condições de procedimento estabelecidas que são características da atividade de grupo”. Eles procuram fazer uma distinção entre associações e instituições. Os dois compreendem que as associações seriam grupos organizados que buscam ou perseguem um ou mais interesses, enquanto as instituições representariam em geral “os *modi operandi* das associações” (*Apud*, SILVA; NETTO, 1986, p. 613).

Silva e Netto (1986) ressaltam a importância da compreensão de Parsons sobre as instituições. Assim, Parsons faz uma reflexão sobre o processo de interiorização de valores e normas por indivíduos, e como essa aceitação adquire importância para eles. Portanto, para Parsons, “instituição é um complexo de integrações de funções / papéis institucionalizadas que tem significação estrutural no sistema social em questão” (PARSONS, 1982, p. 46).

O autor procura fazer uma distinção entre instituição e coletividade. Segundo ele, uma coletividade abrange um sistema de funções e papéis específicos que interagem entre si. Por outro lado, uma instituição compreenderia um conjunto de elementos relacionados às expectativas de funções ou papéis que podem ser aplicados a um número indefinido de coletividades. Desta forma, uma coletividade pode ser foco de um conjunto de séries institucionais (PARSONS, 1982).

De acordo com Weber, o termo instituição é designado como “personalidades coletivas”. Para ele, as formações sociais como o Estado, cooperativas, sociedades anônimas,

[...] não são outra coisa que desenvolvimentos e entrelaçamentos de ações específicas de pessoas individuais, já que apenas elas podem ser sujeitos de uma ação orientada pelo seu sentido. [...] Quando fala do Estado, da nação, da sociedade anônima, da família, de uma corporação militar ou de qualquer outra formação semelhante, refere-se unicamente ao desenvolvimento, numa forma determinada, da ação social de uns tantos indivíduos...[...] Tanto mais racionais sejam as relações sociais, mais facilmente poderão ser expressas sob a forma de normas. Na realidade, as relações podem ter ambos conteúdos, enquanto definições ou conceitos são tipos ideais (WEBER, 1984, p.12).

Na linguagem marxista, a instituição não é a superestrutura. Por conseguinte:

O que se encontra na superestrutura de um sistema é apenas o aspecto institucionalizado da instituição. É a lei, é o código, é a regra escrita. É a constituição. Admitir-se-á que o sistema das instituições políticas, do jogo político, dos partidos, não se limita a seu aspecto institucionalizado, cristalizado nas leis escritas. Também há coisas instituídas, não visíveis imediatamente, e que fazem igualmente parte da instituição. Isso conduz a colocar como princípio que a instituição não é um nível, ou uma manifestação da formação social, mas é um produto do encontro desses níveis, ou dimensões. Esse produto de um encontro de dimensões é superdeterminado pelo conjunto do sistema, através da mediação do Estado (QUINTANEIRO, 2003, p. 19).

Na concepção de Marx, o conjunto das forças produtivas e das relações sociais de produção presentes na sociedade compõe sua base ou estrutura que, segundo ele, é imprescindível para a constituição das instituições políticas e sociais (QUINTANEIRO, 2003).

A explicação para as formas jurídicas, políticas, espirituais e de consciência, é encontrada na base econômica e material da sociedade, isto é, na maneira como os homens se organizam no processo produtivo. No caso das sociedades onde se dá a apropriação privada dos meios para produzir, esta base encontra-se relacionada à forma adotada por suas instituições (QUINTANEIRO, 2003).

Durkheim define inicialmente a Sociologia como a ciência “das instituições, da sua gênese e do seu funcionamento”, ou ainda, “toda crença, todo comportamento instituído pela coletividade” (QUINTANEIRO, 2003, p. 68). Um elemento de destaque em seus estudos diz respeito às representações coletivas, que, para ele, são expressões dos fatos sociais. Assim, Durkheim ressalta a existência de dificuldades estabelecidas por um poder contrário e com origem social, onde se apresentam comportamentos inovadores. Nesse sentido, as instituições estão sujeitas à mudança, desde que “vários indivíduos tenham, pelo menos, combinado a sua ação e que desta combinação se tenha despreendido um produto novo” que venha a estabelecer um fato social (DURKHEIM, 1974, p.21).

Para Durkheim, os fatos sociais só podem ocorrer por meio da ação dos homens e, portanto, são produtos da atividade humana. Assim, consistem na realização de idéias e sua aplicação nas diversas situações que acompanham as relações dos homens em sociedade. São mencionados alguns exemplos de fatos sociais, entre eles a organização da família, do contrato, da repressão, do Estado, da sociedade, que surgiram do desenvolvimento das idéias formuladas a respeito da sociedade, do Estado, da justiça, entre outros (QUINTANEIRO, 2003).

Considerando o exposto, Durkheim assinala que:

[...] ao mesmo tempo que as instituições se impõem a nós, aderimos a elas; elas comandam e nós as queremos; elas nos constroem, e nós encontramos vantagem em seu funcionamento e no próprio constrangimento. [...] Talvez não existam práticas coletivas que deixem de exercer sobre nós esta ação dupla, à qual, além do mais, não é contraditória senão na aparência (DURKHEIM, 1974, p. 30).

Quintaneiro (2003, p. 85), analisando os escritos de Durkheim, descreve que:

A maior coesão e vitalidade das instituições às quais a pessoa está ligada - a intensidade com que se manifesta a solidariedade em seu grupo religioso, a solidez dos laços que a unem a sua família, ou a força dos valores e sentimentos que a vinculam à sociedade política – contribuem para preservá-la de cometer um ato dessa natureza. Sob tais condições, as sociedades religiosa, doméstica e política podem exercer sobre o suicídio uma influência moderadora. Ao se constituírem em sociedades fortemente integradas, elas protegem seus membros.

Conforme Quintaneiro (2003), o mundo contemporâneo se caracteriza pela redução da eficácia de algumas instituições que desempenham funções de integração, como no caso da religião e da família, já que as pessoas passaram a se reunir a partir das atividades profissionais que exercem. A autora cita que a família já não desempenha as funções de integração e indivisibilidade, pois viu sua influência diminuída sobre a vida privada. O Estado passou a se distanciar dos indivíduos, segundo Durkheim (1967, p. 28), “tendo com eles relações muito exteriores e muito intermitentes para que lhe seja possível penetrar profundamente nas consciências individuais e socializá-las interiormente”.

Destaca-se ainda outro elemento relevante na sociologia durkheimiana, isto é, o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade moderna. Assim, não apenas o lugar que ocupa, mas a relação que estabelece com o Estado, a forma com que protege seus interesses e a criação de seus direitos (QUINTANEIRO, 2003).

Na sociologia de Durkheim, é necessário entender as instituições em termos de regras, formais ou informais, ou ainda, de valores. Deste modo, ao analisar o papel das instituições, Durkheim percebe que estas passam a determinar o comportamento dos indivíduos. Para ele, não são as normas em si mesmas que explicam a ação social, mas as formas como os atores sociais se apropriam destas normas (MATTEDI, 2005).

O sistema das instituições se situa de maneira espontânea no nível da estrutura social. Logo, a sociologia procura fazer uma distinção entre infra-estrutura e superestrutura, na linguagem marxista, ou, entre a “base morfológica e os sistemas institucionais”, na linguagem da sociologia de Durkheim (MATTEDI, 2005).

De acordo com as análises de Lakatos, são características das instituições:

- *Finalidade*. Satisfação das necessidades sociais.
- *Conteúdo relativamente permanente*. Padrões, papéis e relações entre indivíduos da mesma cultura.
- *Serem estruturadas*. Há coesão entre os componentes, em virtude de combinações estruturais de padrões de comportamento.
- *Estrutura unificada*. Cada instituição, apesar de não poder ser completamente separada das demais, funciona como uma unidade.
- *Possuem valores*¹². Código de conduta (LAKATOS, 1982, p.153).

Como se observa na análise da autora, as instituições deveriam ser compostas de funções e estrutura. Lakatos (1982) compreende por função as metas ou os propósitos que o grupo pretende atingir, com o intuito de regular suas necessidades. No caso da estrutura, esta deveria ser composta por: a) pessoal - elementos humanos; b) equipamentos - aparelhamento material e imaterial; c) organização - disposição do pessoal e dos equipamentos, sendo observadas a hierarquia, autoridade e subordinação; d) comportamento - corresponde a normas que regulam a conduta e a atitude dos indivíduos. Ela classifica as instituições como “espontâneas” – no caso da família - e “criadas” – como é o caso da Igreja. Também destaca as instituições “regulativas” - a exemplo do Estado - e “operativas” – como, por exemplo, Departamento Estadual de Trânsito (LAKATOS, 1982).

Os autores Boudon e Bourricaud (1993) salientam o empenho de Durkheim em delimitar e elaborar de forma mais clara a noção de instituição. Assim, para os Durkheimianos, as instituições abrangem “maneiras de fazer, de sentir e de pensar ‘cristalizadas’, quase constantes, socialmente coercitivas e distintivas de um grupo social dado” (BOUDON; BOURRICAUD, 1993, p. 304).

Destacam-se, também, as análises de Lapassade¹³ (1983), que procura abordar esse conceito a partir da perspectiva da psicossociologia. O autor constata e demonstra como a origem e o sentido dos fatos ocorridos nos grupos humanos não podem ser buscados unicamente no nível visível, ou seja, na dimensão do grupo. Nos grupos, haveria uma

¹² Grifo do autor.

¹³ Devido à influência de Lapassade para a análise institucional, apresentamos uma maior parte do presente estudo pautada em sua construção de pensamento no livro “Grupos, Organizações e Instituições” (1983).

dimensão oculta, geralmente não analisada, mas considerada determinante, sendo esta a dimensão institucional. Portanto, nomeou seu estudo de método de “análise institucional”, que revela esse nível oculto de sua vida e de seu funcionamento, que ocorre dentro dos grupos. Lapassade (1983) identifica o grupo como uma organização social. Para realizar uma análise no interior de um grupo, “é preciso admitir como hipótese que o sentido do que se passa aqui e agora nesse grupo liga-se ao conjunto da contextura institucional de nossa sociedade” (LAPASSADE, 1983, p. 14). O autor comenta a existência de uma interdependência na relação entre os conceitos de grupo, de organização e de instituição, além da relação entre os níveis da realidade social que estes conceitos procuram definir. Para Lapassade (1983), o sistema social abrange três níveis: o nível do grupo, o nível da organização e o nível da instituição.

O primeiro nível é o do grupo, definido como o nível da base e da vida cotidiana. Nesse nível se situa a “prática sócio - analítica e da intervenção”. Aqui já existiria a instituição sob a forma de horários, normas de trabalho, sistemas de controle, estatutos e papéis com a função de manter a ordem, organizar o aprendizado e a produção. São exemplos desse nível: a oficina, o escritório e a classe. Lapassade (1983, p. 14) acrescenta que, “na base da sociedade, as relações humanas são regidas por instituições: sob a superfície das ‘relações humanas’ (e desumanas) há as relações de produção, de domínio, de exploração...”.

Para caracterizar essa distinção do nível da base, o autor ressalta:

Todo o sistema institucional já existe, entre nós, aqui e agora, ele existe na disposição material dos lugares e dos instrumentos de trabalho; nos horários, nos programas, nos sistemas de autoridade. O poder do Estado está presente, embora encoberto, na oficina e na sala de aula. É nesse mesmo nível de base que cabe situar a família, a instituição da afetividade e da sexualidade, a organização exogâmica dos sexos, a primeira divisão do trabalho, a primeira forma da relação entre as idades, entre as gerações. O grupo familiar constitui o cimento mais firme da ordem social estabelecida, o lugar em que se efetua, como o mostra Freud, a interiorização da repressão que continua na escola. Eis a base do sistema (LAPASSADE, 1983, p.15).

O segundo nível é o da organização. Por sua vez, esse nível é regido por novas normas, ocorrendo a mediação entre a base ou a sociedade civil e o Estado. Este segundo nível institucional caracteriza-se como nível da organização burocrática e as instituições já apresentam formas jurídicas, por exemplo, o nível da propriedade privada dos meios de produção. Assim, este é o nível da fábrica em sua totalidade, da universidade, do estabelecimento administrativo (LAPASSADE, 1983).

Por fim, o terceiro nível é o da instituição. Partilhando da visão durkheiminiana e de alguns sociólogos que o seguiram, Lapassade (1983) afirma que as instituições passaram a existir com a finalidade de definir o que já estava estabelecido, ou ainda, o conjunto do que já estava instituído. Sendo assim, este nível é o do Estado, que faz as leis e confere às instituições a força da lei, considerando, em nossa sociedade que o que institui está ao lado do Estado, compondo o topo do Sistema social (LAPASSADE, 1983).

O autor cita, ainda, que, em períodos de revolução, o surgimento de novas instituições se dá por influência do desenvolvimento do processo revolucionário, e antecipa o que poderia ser considerada uma nova sociedade. Desse modo, as instituições tendem a assumir a configuração de Estado, ao mesmo tempo em que a revolução começaria pela abolição do Estado. Estas instituições tendem a se tornar autônomas e a serviço da nova classe que domina. Por conseguinte, seu processo de consolidação é semelhante à constituição de uma nova ideologia (LAPASSADE, 1983).

Segundo Lapassade (1983), o processo que ocorre, tendo em vista distorcer as instituições e as ideologias, constitui movimentos solidários e são resultados da crise revolucionária. Sendo assim, as instituições e a ideologia tornam-se, portanto, novas formas de repressão social. Da mesma maneira, o Estado recém-formado se mantém ao se inserir em “todos os poros da sociedade, ao habituar os cidadãos à obediência, ao controlar a informação, a moral pública, as maneiras de agir e de pensar, tudo aquilo que os sociólogos da escola de Durkheim, [...], chamaram [...], de instituições” (LAPASSADE, 1983, p. 21-22).

No caso da análise institucional, Lapassade (1983) destaca que esse tipo de procedimento quer revelar o duplo jogo institucional, que se caracteriza pela disputa entre o que institui e o que é parte da instituição, e assim, procura remontar o Estado a partir das instituições dominantes.

Lapassade (1983) chama a atenção para o que designa de “crise de civilização”, para ele, se trata de crise, não da civilização, mas das instituições. São essas instituições que fundamentam e protegem a civilização, garantem que suas idéias e valores sejam difundidos, que transmitem as ideologias dominantes e asseguram a estabilidade e a manutenção da ordem social. Igualmente, por trás dessa ordem, existem forças de repressão. Com base nessa concepção, as instituições dominantes são sempre aliadas da repressão e elas mesmas têm caráter repressivo, conforme Lapassade (1986)¹⁴. Quando Weber analisou as instituições, já enfatizava: “As instituições não precisam, para existir, do consentimento dos ‘participantes’ –

¹⁴ O Estado, portanto, sustenta as instituições utilizando mecanismos que causem temor por parte dos cidadãos. Igualmente, essas instituições concretizam o poder do Estado e o poder das classes dominantes, no conjunto da sociedade (LAPASSADE, 1986).

do consenso. Basta-lhes estarem fundadas no poder do Estado. Elas se mantêm pela ameaça” (Apud, LAPASSADE, 1983, p. 25-26).

De maneira sintética, a evolução do significado do conceito instituição foi modificando-se no decorrer de mais ou menos um século. No século XIX, compreendia-se por instituições o sistema jurídico, o direito, a lei. Nessa linha, para o marxismo nascido nesse período, as instituições e as ideologias são as “‘superestruturas’ de uma sociedade dada, cujas ‘infra-estruturas’ são as forças produtivas e as relações de produção” (LAPASSADE, 1983, p.197).

No começo do século XX, o conceito passou a assumir importância central em Sociologia a partir da escola francesa. Com Durkheim e seus seguidores, a Sociologia é definida como a ciência das instituições. Atualmente, esta nova fase conduz à reorganização e redefinição do conceito, ligado à práticas institucionais decorrentes dos domínios da psiquiatria, da pedagogia e da psicossociologia (LAPASSADE, 1983).

Ao tentar abordar a origem e a classificação das instituições, Koenig (1985) diz não ser possível traçar os primórdios das instituições. Menciona, em sua análise, que os sociólogos concordam que as instituições surgem e persistem por conta de uma necessidade dos membros da sociedade, portanto, a necessidade existe quando uma instituição passa a existir e se desenvolver. De acordo com o autor, a família é uma instituição que se relaciona com a sobrevivência da espécie humana.

No intento de classificar interesses ou necessidades responsáveis pelo surgimento das instituições, Koenig (1985) traz algumas considerações. Para Sumner e Keller, as motivações centrais que possibilitaram o surgimento das instituições foram “a fome, o amor, a vaidade e o medo, que correspondem aos impulsos de autopreservação, sexo, gratificação pessoal e o temor sobrenatural”. Essas seriam forças socializadoras que agem sobre os seres humanos e, por consequência, fazem surgir instituições com a finalidade de satisfazê-las, regulá-las e controlá-las (KOENIG, 1985, p. 90).

Logo,

As instituições que se desenvolveram em consequência desses interesses são os *sistemas econômicos e governamentais* (relativos ao suprimento de alimento, sistemas de propriedade, classe e lei); *a família* (relativa ao namoro, casamento e divórcio, treinamento de jovens e tratamento dos idosos); *expressões estéticas e intelectuais e necessidades recreativas* (que se exprimem na dança, representação teatral, poesia, arte, ciência, filosofia, atividades sociais, jogos e diversão); *e religião* com suas crenças e práticas (KOENIG, 1985, p. 90-91).

Koenig compreende que, com o desenvolvimento da sociedade, novas necessidades foram surgindo também. E assim, assinala que, quanto mais desenvolvida é a sociedade, tanto maior será a variedade e a complexidade das instituições. Neste contexto, as instituições fundamentais, que resultam de necessidades humanas universais, poderão ser observadas em todas as sociedades (KOENIG, 1985).

As instituições, portanto, servem de mecanismo para a satisfação das necessidades da sociedade, conforme Koenig (1985). Necessidades que vão das mais essenciais até as que são percebidas como de menor importância ou dispensáveis. Para o autor, nenhuma instituição surge sem que se tenha reconhecido sua necessidade. Mas, além de contemplar a satisfação das necessidades humanas, as instituições também servem como meios de regular e controlar as atividades dos indivíduos. E isso ocorre principalmente nas instituições governamentais, mas, de certa maneira, todas as instituições exercem controle sobre os membros da sociedade, indicando o que é ou não permitido, ou desejável. Por fim, as instituições não são entidades independentes, e sim, são inter-relacionadas e interdependentes (KOENIG, 1985).

Segundo Souza (1982), as instituições surgem ocasionadas por determinadas demandas. Deste modo, aparecem como consequência do confronto entre classes, dos grupos privilegiados que dispõem de mais poder para fazer valer suas demandas, e as soluções para responder a essas demandas emergem como instituições, mescladas a supostos interesses dos demais grupos sociais (SOUZA, 1982).

Souza caracteriza as instituições como

[...] um conjunto de normas, padrões, leis, valores e práticas que regem as relações entre os homens, as instituições são uma das instâncias fundamentais da sociedade. Tem sentido a partir da compreensão da dinâmica global dessa realidade, a sociedade. Como tal, as instituições, longe de serem um componente estático, são essencialmente dinâmicas, são essencialmente relações. Destarte, quando há mudança na estrutura das relações que fazem a ordem social, o há também nas instituições (SOUZA, 1982, p. 41).

A autora relata a necessidade de se fazer uma distinção entre instituições e organizações. Assim, para ela, as instituições representam um conjunto articulado de saberes - normas, valores, ideologias - e práticas que são internalizadas na consciência comum dos agentes sociais, estes são produzidos por meio das relações estabelecidas entre os homens na produção de sua existência material. Já as organizações, seria um conjunto articulado dos meios utilizados para a operacionalização dos fins institucionais (SOUZA, 1982).

Nessa direção, Berger e Luckmann (1972, p. 98) descrevem que as instituições “[...] se encarnam na experiência individual por meio das ‘funções’ que, objetivadas lingüisticamente, constituem um ingrediente essencial do mundo objetivamente acessível a qualquer sociedade”.

Nas análises feitas por Guilhon, uma instituição só pode existir na prática de seus atores institucionais, prática esta que consiste em intervir nas relações sociais submetidas à soberania da instituição (*Apud*, GUIRADO, 1987). Guilhon propõe alguns elementos para se analisar a prática institucional, são eles:

a) a definição de instituições, como conjunto de práticas sociais, configuradas na apropriação de um determinado objeto, um determinado tipo de relação social sobre o qual reivindica o monopólio, no limite com outras práticas; b) a definição destas relações sociais como o fazer de agentes institucionais e clientela – que representam o seu lugar e o dos demais, bem como a relação que estabelecem entre si; c) a conceituação de práticas dominantes e de agentes privilegiados, que reproduzem, no âmbito da instituição e fora dele, a imagem de sua função social (GUILHON, 1978 *Apud* GUIRADO, 1987, p. 49-50).

Instituição, na interpretação de Guirado (1987), não designa apenas formas materiais, mas aponta a instituição como algo que não pode ser localizável. Ou seja, está presente nas ações aparentemente menos significativas, e isso não nos é dado à consciência. É como uma forma geral das relações sociais (GUIRADO, 1987).

Luz (1986) também procura analisar o termo instituição e o define como um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Tais conjuntos ou instituições permeabilizam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada período histórico. Esta rede de instituições viabiliza a hegemonia e, assim, a manutenção de toda a infra-estrutura que sobre ela repousa (LUZ, 1986).

Com base nessa concepção, trata-se, portanto, de entender as instituições como conjunto articulado, com ligação vital de saberes e práticas com efeitos essencialmente políticos, que envolvem estratégias de luta entre grupos e classes sociais que constituem estas instituições, e se inserem em um determinado período histórico. Conforme Luz (1986), existe uma transversalidade de instâncias (econômica, política e ideológica), transversalidade de funções, repressiva e persuasiva. Para ela, as instituições são como um “lugar privilegiado de luta política” (LUZ, 1986, p. 31).

De acordo com Luz (1986, p.32), as instituições são vistas como “núcleos específicos de poder”, e são investigadas como núcleos históricos de cristalização do poder. Segundo a autora, deve-se considerar que não é possível reduzir as instituições a um conjunto de “normas” assumidas por agentes ou atores institucionais, tampouco se reduziriam apenas a um conjunto de relações sociais, ou papéis institucionais. Restaria analisar, portanto, as normas não reveladas, já que estas apontariam as regras do jogo impostas pelo poder institucional (LUZ, 1986).

Destaca-se ainda o aspecto educativo das instituições que Luz (1986) menciona em sua análise. Conforme ela, toda instituição, ao mesmo tempo, tem caráter educativo e formador. Assim, o conjunto das instituições compõe o projeto de hegemonia¹⁵ que existe em cada sociedade (LUZ, 1986). Desta forma, são todas as instituições encarregadas da elaboração, reprodução e transmissão do saber socialmente hegemônico e das formas de autoridade e hierarquia sociais que este saber supõe e veicula (LUZ, 1986).

As regras mais importantes que fundamentam as relações institucionais e a sua manutenção são a ordem e a disciplina, segundo Luz (1986, p. 35). A ordem seria no sentido de garantir a estrutura, e a disciplina no intuito de assegurar as relações sociais.

Por fim, salienta-se a análise de O’ Donnell (1991). Para o autor, as instituições se caracterizam da seguinte forma:

[...] são padrões regularizados de interação que são conhecidos, praticados e aceitos regularmente [...] por agentes sociais dados e que, em virtude dessas características, esperam continuar interagindo sob regras e normas incorporadas (formal ou informalmente) nesses padrões. Como espaços de interações sociais, geram rotinas de comportamentos previsíveis, corporificando símbolos e papéis. Ao agregarem interesses, organizam as formas de representação, cuja legitimidade se dá na capacidade de garantirem acordos. Seu papel é fundamental na organização de uma agenda pública comum influenciando nos processos decisórios e sua efetividade (O’DONNELL, 1991, p. 32).

Nesse contexto, o autor assinala algumas características que o arranjo institucional efetivo contém: a) as instituições incorporam e excluem - selecionam agentes, recursos, demandas e procedimentos; b) conformam a distribuição de probabilidade de resultados – ou seja, processam atores e recursos sob certas regras determinando a probabilidade de resultados

¹⁵ Hegemonia vista aqui como um processo contraditório em que uma classe estabelece seu domínio político – ideológico por meio de um conjunto de instituições, a maioria delas, instituições culturais. Luz entende por instituições da cultura, com referência a Gramsci, aquelas tradicionalmente civis, mas praticamente tão políticas quanto os tradicionais aparelhos do Estado: a arte, as escolas, as igrejas, os meios de comunicação de massa, as instituições médicas - hospitais e escolas médicas, sobretudo (LUZ, 1986).

viáveis; c) a tendência das instituições a agregar o nível de ação e organização dos agentes que interagem com elas; d) as instituições induzem padrões de representação; e) as instituições estabilizam os agentes/ representantes e as expectativas; f) as instituições ampliam os horizontes temporais dos atores (O'DONNELL, 1991).

Destaca-se que a perspectiva teórica utilizada para o estudo aqui proposto vai ao encontro da concepção dos autores O'Donnell (1991), Luz (1986) e Souza (1982). A escolha se deve à compreensão de que tais autores partem de uma visão abrangente do termo, envolvendo diversas relações entre sujeitos e instituições, concepção necessária para a pesquisa proposta.

1.1.1 Institucionalização e Institucionalidade

Para compreender como as instituições perduram por longos períodos, busca-se distinguir alguns termos que derivam deste primeiro. Dentre os termos, descritos e resgatados por diversos autores, trataremos da exposição dos conceitos que se vinculam à consolidação das instituições, entre eles a institucionalização e a institucionalidade. Torna-se necessário mencionar a relevância dos conceitos apresentados para a compreensão do processo de constituição dos arranjos institucionais presentes em nossa sociedade.

Inicialmente, enfatiza-se o resgate dos Dicionários de Ciências Sociais e Sociologia para conceituar os termos deste item. Para Silva e Netto (1986), o termo institucionalização é utilizado na linguagem sociológica e jurídica, e procura indicar:

- a) o processo pelo qual se formam padrões estáveis de interação e organização social baseados em comportamentos, normas e valores formalizados e legitimados; b) no caso das instituições jurídicas, é o processo de regularização desses elementos através de uma norma (SILVA; NETTO, 1986, p. 611).

Os mesmos autores entendem por institucionalização social o processo contínuo que resulta no desenvolvimento de novas instituições. Esse processo pode ocorrer no interior de instituições já existentes transformadas em outras, ou ainda, que buscam a ampliação de sua área de vigência e de legitimidade. A partir dessa concepção, é possível prever o comportamento social dos indivíduos, fato que determina o que pode ser considerado como

expectativa, além de ser respeitado como legítimo quando os papéis sociais são desempenhados (SILVA; NETTO, 1986).

Os principais aspectos da institucionalização, conforme Silva e Netto (1986, p. 611), são:

a) a definição dos objetos básicos da instituição, que podem ter expressão simbólica no comportamento dos atores; b) definição dos termos e posições de intercâmbio para os diferentes indivíduos ou grupos participantes, que pode ser informal, regulada pelo costume, por um estatuto ou contrato; c) definição de esquemas de organização de normas que servem como canais de troca e que visam garantir as formas de intercâmbio e manutenção das normas; d) finalmente, a legitimação de tudo isso, o que é feito através da intervenção ou chancela do sistema de poder e do Estado.

Para essa perspectiva, a institucionalização surge associada a um sistema de sanções que pretendem, por um lado, ser a recompensa ao conformismo e, por outro, punir o que é caracterizado como desvio. A institucionalização, portanto, procura garantir a continuidade de um sistema estável e sistemático de valores sociais (SILVA; NETTO, 1986).

Segundo Rocher (1971), o conceito de institucionalização estabelece simultaneamente conexão e distinção entre o sistema social e o sistema cultural. Consiste, assim, na tradução de elementos culturais – sejam eles valores, idéias, símbolos, ou outros –, que contém um caráter geral por natureza, em normas de ação, em papéis, dos grupos que exercem um controle direto e de maneira imediata sobre a ação social e a interação dos membros de um conjunto social. Sendo assim, a institucionalização caracteriza-se pela “concretização de elementos culturais, uma transposição para formas aplicáveis e aplicadas” (ROCHER, 1971, p. 21).

Ao tratar da institucionalidade, Rocher (1971) vai resgatar a noção Parsoniana¹⁶ de estrutura do sistema social. O autor relata que Parsons define como estrutura os “modelos institucionalizados da cultura normativa” (ROCHER, 1971, p. 23). Com esta proposição, é possível concluir que a estrutura do sistema social tem estreita ligação com o sistema da cultura, além de citar a estrutura como elemento de inter - relação entre os dois sistemas.

O mesmo autor explica que o processo de institucionalização se consolida pela constituição de “conjuntos estruturais concretos”, a que designou de “instituições sociais” (ROCHER, 1971, p. 26). De acordo com Rocher (1971), para cada estrutura concreta é possível identificar características dos quatro elementos estruturais - os papéis, as coletividades, as normas e os valores.

¹⁶ Parsons elaborou sua análise de estrutura social e da organização social partindo de sua estrutura e sua função (ROCHER, 1971).

Por sua vez, Parsons (1982) menciona que um sistema de ações reais são estruturas integradas de elementos da ação relacionados com uma situação. Ou seja, compreende o vínculo estabelecido entre elementos motivacionais e culturais ou simbólicos conjugados, que constituem um sistema ordenado. Deste modo, é intrínseco a um conjunto de ações normativamente orientadas (PARSONS, 1982).

Quando trata dos pontos de referência para a classificação das pautas institucionais, Parsons (1982) evidencia que o foco central no processo de diferenciação dos tipos de função é a necessidade de convergência nas diferenciações entre as pautas culturais, institucionalizadas por meio das funções. Destaca que a classificação das pautas culturais não pode ocorrer sem a conexão com um sistema geral de pontos de referência, inerentes à estrutura das ações. Neste caso, são apresentados pontos de referência relevantes para a estruturação das funções ou papéis, isto é, das relações sociais (PARSONS, 1982).

Outro aspecto que merece ser resgatado nas análises de Parsons (1982), é o que se refere aos tipos de institucionalização no sistema social. Para o autor, a existência de traços comuns nos processos de institucionalização das pautas culturais, e por meio delas poderá vir a constituir pautas integradas de acordo com os interesses que motivam os indivíduos. Inicialmente, é necessário elucidar que a natureza da institucionalização é um fenômeno avaliativo, ou seja, uma forma de organização do conjunto de ações desempenhadas pelos indivíduos (PARSONS, 1982).

As pautas já institucionalizadas, portanto, sugerem elementos de orientação de valor sobre o nível do sistema social, isto é, indicam as obrigações morais desempenhadas pelos atores sociais no sentido social de integração, e diferenciado do “ego-integrativo”. Mas as pautas de valor já institucionalizadas podem, ainda, ser classificadas segundo os diferentes modos de relação das obrigações associadas com o conjunto de relações sociais determinadas (PARSONS, 1982, p. 57).

Conforme Parsons (1982), o sistema social consiste em uma rede de relações interativas. As instituições centrais são aquelas constituídas diretamente por pautas de relações integrativas, por meio da definição do *status* e das funções dos elementos no processo de interação. Por conseguinte, apoiadas nas diferentes relações com a estrutura do sistema social em comum, pode-se identificar três modos ou tipos de institucionalização, a saber: instituições relacionais, regulativas e culturais.

Os sociólogos Berger e Luckmann procuram caracterizar como ocorre o processo de institucionalização na sociedade. Para eles, as relações que se estabelecem entre o homem e o ambiente que o rodeia caracterizam sua abertura ao mundo. Deste modo, o ser humano tem

conseguido se estabelecer sobre a superfície terrestre e pode se dedicar a diferentes atividades (BERGER; LUCKMANN, 1976). Os autores tratam da origem da institucionalização e indicam, inicialmente, que toda atividade humana está sujeita à habituação. Assim, toda ação que se repete com frequência cria determinadas regularidades que podem ser reproduzidas e aprendidas como centrais pelo indivíduo que a executa. Nesse caso, a habituação pode ser entendida como uma ação que foi executada e poderá voltar a ser efetuada da mesma forma futuramente.

Os processos de habituação, na opinião de Berger e Luckmann (1976), antecedem a toda institucionalização. Logo, os indivíduos habitam sua ação a partir de sua experiência biográfica, permeada por um conjunto de instituições sociais. Indicam, ainda, que o caráter central das habituações das ações ocorre ao mesmo tempo em que se desenvolve o processo de sua institucionalização.

A institucionalização surge, portanto, por meio de tipificações recíprocas de ações habitadas por diversos atores. Desta maneira, toda tipificação das ações dessa ordem é considerada instituição. Destaca-se ainda,

[...] é a reciprocidade das tipificações institucionais e a tipificação não somente das ações, mas também dos atores nas instituições. As tipificações das ações habitadas que constituem as instituições sempre são compartilhadas, são acessíveis a todos os integrantes de um determinado grupo social, e a instituição mesma tipifica tanto os atores individuais como as ações individuais. [...] (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 76).

Berger e Luckmann (1976) analisam a existência de duplo caráter das instituições: histórico e de controle. Aqui, as tipificações de ações se dão de modo recíproco, são construídas num percurso histórico compartilhado. As instituições são compostas sempre por uma história. Os autores citam que, para compreender de forma mais abrangente o que é uma instituição, é necessário entender o processo histórico em que foi produzida.

Com base na reflexão de Berger e Luckmann (1976), as instituições quase sempre se manifestam em conjuntos que envolvem agrupamentos humanos. Assim sendo, o processo de institucionalização das tipificações recíprocas somente ocorre quando dois indivíduos passam a se inter - relacionar. A institucionalização torna-se fator essencial em toda situação social que se constitui no tempo. Neste caso, se constituiria um conjunto de ações mutuamente tipificadas, em que o indivíduo as habituará em papéis ou funções, em que alguns destes serão

desempenhados individualmente, e outros serão realizados em comum (BERGER; LUCKMANN, 1976).

O mundo institucional, conhecido também como realidade objetiva, traz consigo uma história que antecede o nascimento do indivíduo. Ou seja, essa história já existia antes de seu nascimento e também existirá após a sua morte. Assim, às instituições, como realidades históricas e objetivas, se apresentam como fatos inegáveis aos indivíduos. Elas são externas ao indivíduo, persistem em sua realidade queira ou não, sem que se consiga fazê-las desaparecer por vontade própria. As instituições exercem um poder de coação sobre os indivíduos, pela eficácia de sua ocorrência, como acontece por meio de mecanismos de controle frequentemente associados às instituições mais importantes (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Portanto, na análise de Berger e Luckmann (1976), não é possível diminuir a realidade objetiva das instituições se o indivíduo não compreende a finalidade ou o modo como atuam. Concebendo as instituições como realidade externa, o indivíduo não pode apreendê-las apenas pela observação. Para tanto, precisa sair para conhecê-las e deve aprender a conhecer sua natureza (BERGER; LUCKMANN, 1976).

É necessário acrescentar que a objetividade do mundo institucional é uma objetividade humana de produção e construção, segundo Berger e Luckmann (1976). Deste modo, os processos pelos quais os produtos da atividade humana são externalizados alcançam o caráter de objetividade, chamados objetivação. O mundo institucional é, por conseguinte, atividade humana objetivada, da mesma forma que cada instituição também é por si mesma. Os autores destacam caráter dialético da relação estabelecida entre o homem produtor e o mundo social (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Passado o processo de objetivação, o mundo institucional passa a requerer sua legitimação, e através desta, as instituições podem ser explicadas e justificadas. Consiste, pois, na necessidade de explicação do fato por diversas formas de legitimação, que necessitam de coerência diante da ordem institucional, para serem convictos às futuras gerações. Aqui, para Berger e Luckmann (1976), a ordem institucional em desenvolvimento passa a criar mecanismos que protegem as instituições e as defendem de interpretações, sejam elas cognitivas ou normativas. No decorrer das ações, as futuras gerações apreendem estas legitimações, e durante esse processo, são socializadas frente à ordem institucional estabelecida.

No processo de historicização e objetivação das instituições, são necessários mecanismos específicos de controle social. Portanto, “quanto mais a conduta é

institucionalizada, tanto mais se torna previsível e controlada” (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 85). A socialização nas instituições é considerada eficaz quando podem ser aplicadas medidas coercitivas moderadas e seletivas. Com esta distinção, é possível perceber que a institucionalização pode ser produzida em qualquer ordem de comportamento, desde que tenha importância coletiva.

A integração de uma ordem institucional pode ser compreendida por meio do quantum de conhecimentos adquiridos por seus membros, e assim, a análise do conhecimento é apontada como essencial para a análise da ordem social em questão. Aqui, o conhecimento da ordem institucional situa-se em um nível pré-teórico, e consiste na soma total do que todos sabem sobre o mundo social ao qual estão inseridos, um conjunto de regras morais, sabedorias, valores e crenças, mitos, etc.. Acrescenta-se que toda instituição dispõe de um conjunto de conhecimentos que precisa ser transmitido, ou, de um conhecimento demonstrando quais são as regras de comportamento institucionalmente apropriadas para cada situação (BERGER; LUCKMANN, 1976).

O surgimento das funções ou papéis decorre do processo de habituação e objetivação, que também caracteriza a origem das instituições. As funções surgem igualmente como no processo de formação de um acúmulo comum de conhecimento, composto por tipificações recíprocas de comportamento, processo que se mostra endêmico à interação social e antecede a institucionalização. Nessa direção, todo comportamento institucionalizado envolve funções ou papéis, que compartilham do caráter controlador da institucionalização. Por um lado, os atores se tipificam desempenhando funções ou papéis e, por outro, seu comportamento torna-se suscetível de coação (BERGER; LUCKMANN, 1976). Como se observa, as funções ou papéis representam, portanto, a ordem institucional determinada.

Falar que as funções ou papéis representam instituições significa dizer que possibilitam sua existência, se mostrando na experiência de indivíduos concretos. Por sua vez, as instituições também podem ser representadas de outras formas. Suas objetivações lingüísticas, que vão desde denominações verbais até sua incorporação simbólica da realidade, podem representá-la na experiência. Igualmente, podem ser representadas de maneira simbólica mediante objetos físicos, naturais ou artificiais (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Na perspectiva da ordem institucional, supõe-se, primeiramente, que a sociedade existe, enquanto os indivíduos têm consciência dela, e numa segunda perspectiva, que a consciência individual é determinada socialmente. Berger e Luckmann (1976) afirmam que, por um lado, a ordem institucional só poderá ser real enquanto se realizar por meio do

desempenho de funções ou papéis, e por outro, que as funções ou papéis representam uma ordem institucional que define seu caráter, resultando daí seu sentido objetivo.

Nas análises de Foucault (1999), são oferecidos subsídios para a compreensão das relações sociais que permeiam o indivíduo e a sociedade relacionando com a institucionalização e a institucionalidade. Foucault busca recuperar o papel que as instituições sociais desempenham nas relações entre indivíduo e sociedade. Para o autor, o indivíduo é uma fabricação moderna e situa-se no centro das instituições por meio do processo de institucionalização das condutas (como exemplos: a educação, a saúde, a prisão - correção).

Cabe também destacar a importância dos argumentos de Chauí (2006) para a compreensão do discurso ideológico e da institucionalização de determinados comportamentos. Em sua análise, a ideologia consiste em um conjunto ordenado de representações e de normas que nos informam sobre como conhecer e como agir. Segundo a autora,

[...] discurso ideológico que é aquele que pretende coincidir com as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser e, destarte, engendrar uma lógica da identificação que unifique o pensamento, linguagem e realidade para, através dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada, isto é, a imagem da classe dominante (CHAUI, 2006, p. 15).

Partindo de sua interpretação, a ideologia conta com diversos artifícios e torna-se dominante, adquirindo um formato próprio, no sentido de abolir as ameaças de indeterminação, tanto social quanto política, que incentivem questionamentos sobre as ações, por meio de representações e normas estabelecidas e fixadas pela ordem instituída. Sob esse ponto de vista, há a possibilidade de dizer que na ideologia “as idéias estão fora do tempo, embora a serviço da dominação presente” (CHAUI, 2006, p. 17). Conforme a autora, para compreender essa questão, é necessário perceber a diferença entre o histórico ou instituinte e o institucional ou instituído (CHAUI, 2006).

De acordo com Chauí (2006, p. 19), o discurso competente “é aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado (estes termos agora se equivalem) porque perdeu laços com o lugar e o tempo de sua origem”. Para ela,

[...] o discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer

lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram pré-determinadas para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência (CHAUI, 2006, p. 19).

No caso da ideologia do discurso competente, Chauí (2006) menciona que seu interesse está no duplo movimento do crescimento do poder do Estado, que ao mesmo tempo seria negado e afirmado através do discurso. Segundo ela, existe uma dificuldade de perceber que este se trata de um único movimento com duas faces, resultado da existência de duas modalidades de discurso da competência, quando, na verdade, trata-se de um só tipo de discurso (CHAUI, 2006).

O discurso competente, como discurso do conhecimento, consiste no discurso do especialista, conduzido e localizado em determinado ponto da hierarquia organizacional. Para Chauí (2006) ele se caracteriza como um discurso conduzido pela realidade dos fatos e pela eficácia dos meios de ação, não por idéias e valores. Portanto, trata-se de um discurso instituído ou da ciência institucionalizada e que, como conhecimento instituído, tem o papel de mascarar a existência da dominação, a partir da cientificidade (CHAUI, 2006).

Na concepção de Chauí (2006), para que seja mantido e repassado o discurso da competência, é necessária a existência de homens reduzidos à condição de “objetos sociais”, e não de sujeitos. Desta forma, o discurso competente, como discurso do conhecimento, emergiria para tentar desenvolver junto aos “objetos sócio – econômicos” e “sócio – políticos” a qualidade de sujeitos que lhes foi roubada. Isso ocorre por meio da competência privatizada, ou seja, “os homens que têm seus direitos sociais e políticos abolidos seriam revalidados por meio de uma competência que lhes diz respeito enquanto sujeitos individuais ou pessoas privadas” (CHAUI, 2006, p. 24).

A partir do exposto, é possível constatar que a corrente teórica do institucionalismo vem passando por um período de reconstituição nas ciências sociais. Essa reconstituição vem sinalizando para a necessidade de se levar em conta as mediações que ocorrem entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais, para que se possa compreender as ações dos indivíduos e suas manifestações coletivas. Essas mediações são as instituições, conforme Théret (2003).

Théret (2003) diz que “o institucionalismo tem sentidos variados, dependendo das disciplinas” e, desta maneira, seria difícil defini-lo de forma positiva, na medida em que “os

acadêmicos que trabalham sobre instituições geralmente concederam pouca atenção à sua definição” (DIMAGGIO; POWELL *Apud*, THÉRET, 2003, p. 225). Indica ainda,

[...] diversos institucionalismos – em Economia, teoria das organizações, Ciência Política, *public choice*, História e Sociologia – (...) aproximam-se apenas pelo mesmo ceticismo que revelam a respeito das concepções atomísticas dos processos sociais e pela crença difusa de que os dispositivos institucionais e os processos sociais são importantes (THÉRET, 2003, p. 225).

De acordo com Théret (2003), podem ser encontradas definições precisas de instituições, indicadas tanto por economistas quanto por sociólogos, tanto entre os antigos como entre os novos institucionalistas. A partir dessas definições, são determinadas as fronteiras entre as abordagens e as características diferenciadoras. DiMaggio e Powell notam que, na teoria das organizações, os que se intitulam institucionalistas se diferenciam pela ênfase conferida ao “caráter micro ou macro dos fenômenos institucionais, ao peso que imputam nos aspectos cognitivos ou normativos das instituições, e à atenção que dispensam aos interesses e às redes de relações na criação e difusão das instituições” (*Apud*, THÉRET, 2003, p. 226).

Nessa linha, Théret (2003) sinaliza para a possibilidade de encontrar, tanto na Ciência Política como em Economia e Sociologia, um desenvolvimento comum do institucionalismo, dividido em três grandes correntes, cada qual com as próprias origens. Pode-se observar, portanto, que, além das concepções teóricas, esses diferentes institucionalismos têm influência sobre disciplinas particulares (THÉRET, 2003).

A seguir, resgataremos a corrente teórica neo-institucionalista e sua apropriação pela Ciência Política, pela Economia e Sociologia. Dá-se ênfase ao neo-institucionalismo, pois essa corrente teórica é vista como uma das abordagens teóricas de maior influência na ciência política atual, sobretudo no estudo sobre políticas públicas. Segundo Andrews (2005), o pressuposto fundamental dessa linha é a idéia de que as instituições afetam o comportamento dos atores sociais. Portanto, o novo institucionalismo procuraria agrupar diferentes argumentos, cada qual assumindo pressupostos específicos.

1.2. O Neo - Institucionalismo

Tendo em vista a questão da institucionalidade do direito à saúde ser a referência central deste estudo, torna-se fundamental apontar as concepções que subsidiaram a análise e seus desdobramentos atuais. Este item, apresenta as visões sobre o neo - institucionalismo e suas principais características, bem como, a apropriação do tema por algumas áreas do conhecimento.

Destaca-se, inicialmente, a diferenciação dos novos institucionalismos por duas oposições. A primeira trata da importância atribuída na origem das instituições aos conflitos de interesse e poder, ou, à organização entre os indivíduos. A segunda, refere-se às funções estabelecidas a partir das relações entre as instituições e o comportamento dos atores, a racionalidade ou representações e a cultura.

Théret (2003) enfatiza a ocorrência dessas mesmas oposições e sinaliza para a existência de três paradigmas institucionalistas atuais, que transcendem as fronteiras das disciplinas das ciências sociais. Deste modo, é possível examinar a dinâmica intradisciplinar que induz aos vários paradigmas o relacionamento e diálogo entre si (THÉRET, 2003).

O mesmo autor (2003) aponta a existência de três novos institucionalismos e cita alguns autores que o abordam. Conforme Théret (2003), os autores procuram mapear as variações, interdisciplinares e transdisciplinares que marcam o desenvolvimento do institucionalismo. Entretanto, ressalta que os trabalhos resgatados partem por um lado, da diversidade dos institucionalismos presentes nas diversas disciplinas, e por outro, da sua variedade no interior de uma mesma disciplina (THÉRET, 2003).

Os três novos institucionalismos, de acordo com Théret (2003), são: o institucionalismo em Ciência Política, os novos institucionalismos em Economia e os novos institucionalismos em Sociologia. Ressalta-se que, neste momento, pretendemos destacar, de maneira sucinta, os elementos que caracterizam cada uma destas classificações.

Hall e Taylor (2003) salientam, inicialmente, que o neo - institucionalismo não consiste em uma corrente de pensamento integrada. Em suas análises citam três classificações: o institucionalismo histórico, o institucionalismo de escolha racional e o institucionalismo sociológico. Esses modelos tratam, sob ângulos diferentes, do papel desempenhado pelas instituições na determinação dos resultados políticos e sociais.

A origem do institucionalismo histórico está ligada à reação contra a análise da vida política de grupos que predominavam na Ciência Política nas décadas de 1960 e 1970. Os teóricos desta linha tinham como foco os grupos, e ressaltavam a importância para a vida política o conflito entre grupos adversários para a apropriação de recursos. Assim, os conflitos

buscavam explicações para as situações políticas nacionais e, sobretudo, a distribuição desigual do poder e dos recursos (HALL; TAYLOR, 2003).

Conforme Théret (2003), o institucionalismo em Ciência Política surgiu da preocupação em avaliar a variedade de novos institucionalismos de uma mesma disciplina. Salienta que os autores DiMaggio e Powell preocupavam-se com a distinção entre as modalidades de institucionalismos utilizados nas disciplinas, considerando que cada uma privilegia uma variedade específica de institucionalismos. Já Hall e Taylor pretendiam mostrar que se desenvolveram três novos institucionalismos, e não apenas um, em Ciência Política (THÉRET, 2003).

Os teóricos desta linha entendiam que a organização institucional dos grupos políticos ou da economia política era o fator central na estruturação do comportamento dos indivíduos, além de estruturar também os resultados. Por conseguinte, passavam a privilegiar o estruturalismo, próprio das instituições políticas, e o funcionalismo, que compreendia que as situações políticas eram respostas às exigências funcionais do sistema (HALL; TAYLOR, 2003).

A partir desta concepção, os estudiosos passaram a analisar como algumas instituições políticas e sociais estruturavam as interações sociais no sentido de produzir situações, tanto políticas quanto econômicas, próprias de cada país. Alguns dos estudos descreviam comparações transnacionais ou estudos comparando políticas públicas, enfatizando o impacto das instituições políticas nacionais (HALL; TAYLOR, 2003).

De acordo com Hall e Taylor (2003), os estudiosos do institucionalismo histórico definem o termo instituição de maneira global. Assim, são compreendidos os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais próprios que fazem parte da estrutura organizacional da política ou da economia política. Apresentam alguns desdobramentos que vão desde regras de ordem constitucional ou procedimentos comuns que determinam o funcionamento de uma organização, até as convenções que conduzem o comportamento de sindicatos, às relações entre bancos e empresas, entre outros. Os autores citam que esses estudos tendem a associar instituições às organizações e regras ou convenções editadas por organizações formais (HALL; TAYLOR, 2003).

Em relação às outras escolas examinadas por Hall e Taylor (2003, p. 196), quatro características próprias àquela que acabamos de mencionar são inéditos:

Em primeiro lugar, esses teóricos tendem a conceituar a relação entre as instituições e o comportamento individual em termos muito gerais. Segundo,

elas enfatizam as assimetrias de poder associadas ao funcionamento e ao desenvolvimento das instituições. Em seguida, tendem a formar uma concepção do desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as conseqüências imprevistas. Enfim, elas buscam combinar explicações da contribuição das instituições à determinação de situações políticas com uma avaliação da contribuição de outros tipos de fatores, como as idéias, a esses mesmos processos.

Destaca-se, também, a questão de como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos. Esse aspecto é central, pois é por meio das ações dos indivíduos que as instituições exercem influência sobre as situações políticas. Assim, a corrente neo-institucionalista apresenta duas repostas para a questão, a “perspectiva calculadora” e a “perspectiva cultural” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 197). Para compreender como se dá o comportamento dos indivíduos, Hall e Taylor (2003) assinalam que os estudiosos da perspectiva calculadora descrevem alguns aspectos do comportamento humano, considerados instrumentais e orientados para um cálculo estratégico.

Na perspectiva calculadora, as instituições e os comportamentos são afetados e proporcionam aos atores maior certeza quanto ao comportamento presente e futuro dos outros atores. Isto é, as instituições podem fornecer informações em relação ao comportamento dos indivíduos, a mecanismos de aplicação dos acordos, às penalidades em caso de abandono, entre outros. Contudo, encontra sua centralidade quando afetam o comportamento dos indivíduos incidindo sobre as expectativas de um indivíduo qualquer, frente às ações que eles podem vir a realizar de maneira a reagir as próprias ações ao mesmo tempo em que elas (HALL; TAYLOR, 2003).

Para Théret (2003), a perspectiva de cálculo, característico do institucionalismo de escolha racional, tem seu foco no caráter instrumental e estratégico do comportamento. Deste modo, as instituições incidem sobre o comportamento do indivíduo reduzindo a incerteza em relação às ações dos outros. Na concepção calculadora, as instituições são vistas como resultados intencionais, quase contratual e funcional, de estratégias de otimização dos ganhos.

Na perspectiva cultural, verifica-se que o comportamento não é totalmente estratégico, mas sim, encontra-se restrito à própria visão de mundo do indivíduo. Assim, mesmo reconhecendo o comportamento humano como racional e orientado para certos fins, enfatiza-se que os indivíduos recorrem com freqüência a protocolos ou modelos de comportamento já conhecidos anteriormente, para atingir seus objetivos (HALL; TAYLOR, 2003).

As instituições, portanto, forneceriam modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação. Desse modo, o indivíduo se caracterizaria como uma entidade inserida

em um mundo de instituições, compostas por símbolos, cenários e protocolos que viabilizam filtros de interpretação que definem suas linhas de ação. As instituições não fornecem apenas as informações úteis do ponto de vista estratégico, mas também afetam a identidade, a imagem de si e as preferências que guiam o desempenho das ações (HALL; TAYLOR, 2003).

Segundo Théret (2003), a concepção cultural baseia-se em níveis de percepção e em comportamentos rotineiros. Deste modo, as instituições são de tal maneira convencionais que quase resistem à análise, além de também resistirem à mudança, pois estruturam as escolhas individuais.

Os autores Hall e Taylor (2003), ressaltam que tanto a perspectiva calculadora, quanto a cultural, fornecem explicações distintas em função dos meios normalizados de comportamento, associados às instituições, pois estas possibilitam a continuidade no decorrer do tempo. Sendo assim, a perspectiva calculadora sugere que as instituições se mantêm por que realizam ações que visam o equilíbrio. Os indivíduos compreendem que se adequando a esses modelos de comportamento ganham mais que evitando sua adesão a eles.

Hall e Taylor (2003, p. 198-199) ainda comentam:

[...] a perspectiva cultural, explica a persistência das instituições ao enfatizar que muitas das convenções ligadas às instituições sociais não podem ser o objeto explícito de decisões individuais. Pelo contrário, enquanto componentes elementares a partir das quais a ação coletiva é elaborada, certas instituições são tão “convencionais” ou são tão usuais que escapam a todo questionamento direto, e enquanto construções coletivas, não podem ser transformadas de um dia para o outro pela simples ação individual. Em suma, as instituições resistem a serem postas radicalmente em causa porque elas estruturam as próprias decisões concernentes uma eventual reforma que o indivíduo possa adotar.

Os teóricos do institucionalismo histórico recorrem a ambas perspectivas quando tratam da relação entre instituições e ações. Verifica-se que esse tipo de análise sugere que estratégias induzidas por um contexto institucional dado podem se cristalizar ao longo do tempo e se tornar uma visão de mundo, propagando-se por meio de organizações oficiais que moldam a imagem de si e das preferências dos seus interessados (HALL; TAYLOR, 2003).

Conforme Hall e Taylor (2003), outro elemento importante no institucionalismo histórico, é a importância conferida ao poder, sobretudo, às relações de poder assimétricas. Ressalta-se que os estudiosos dessa vertente teórica concentram atenção especial ao modo como as instituições compartilham o poder, de maneira desigual, entre os grupos sociais. Os autores desta linha descrevem um mundo onde as instituições atribuem a determinados grupos

ou interesses, acesso desigual aos processos decisórios. Portanto, seus estudiosos persistem no fato de que certos grupos sociais são perdedores, e outros são ganhadores, ao invés de investigar em que medida determinadas situações beneficiam ou não a todos (HALL; TAYLOR, 2003).

O institucionalismo histórico vincula-se a uma percepção particular do desenvolvimento histórico, e defende que a causalidade social está condicionada à trajetória percorrida, sendo às instituições componentes permanentes do cenário da história (HALL; TAYLOR, 2003).

Théret (2003), por sua vez, faz uma distinção entre neo - institucionalismo e institucionalismo histórico, por considerá-lo mais eclético permitindo a combinação de enfoques. Logo, os indivíduos fariam cálculos visando a satisfação de seus interesses, contudo podem apresentar visões diferentes de mundo que correspondem às posições ocupadas e aos contextos sociais de que fazem parte. O autor indica que cálculo e cultura são combinações para formar indivíduos coletivos que, “agiriam no plano de macro-instituições herdadas e com base em relações de poder assimétricas” (THÉRET, 2003, p. 229).

Assim, as instituições não seriam entendidas apenas como o resultado intencional da ação de indivíduos, mesmo que elas sofram a influência dos interesses e dos cálculos destes indivíduos. O que se observa é que as instituições, como no caso do Direito e da Constituição, cumprem um duplo papel. No primeiro teriam a função de constranger e desviar o comportamento humano, e no segundo, forneceriam “os meios para a libertação das cadeias sociais” (THÉRET, 2003, p. 229).

Conforme Théret (2003), o institucionalismo histórico apresenta diferenças em relação aos demais, especialmente, na forma como vê a origem das instituições, isto é, se as instituições surgem ou não para regular os conflitos. A resposta a este questionamento sinaliza o funcionamento da instituição como meio para regular os conflitos em relação à diferenciação de interesses e a assimetria de poder.

Segundo a análise de Hall e Taylor (2003), não é comum os teóricos do institucionalismo histórico afirmarem que a instituição é o único fator de influência na vida política. Mas procuram localizar as instituições num universo causal com abertura para outros fatores, como, por exemplo os desenvolvimentos sócio – econômicos e a difusão das idéias. Desse modo, oferecem um mundo mais complexo que o universo de preferências e instituições. Os autores também se mostram atentos às relações estabelecidas entre as instituições e às idéias ou crenças (HALL; TAYLOR, 2003).

No institucionalismo de escolha racional, Hall e Taylor (2003) mencionam que seu desenvolvimento se deu paralelamente ao do institucionalismo histórico. Isto é, o institucionalismo de escolha racional surge vinculado a estudos dos comportamentos internos do Congresso dos Estados Unidos.

Os estudiosos desta corrente buscavam respostas para o caso das instituições. Constatou-se que alguns deles afirmavam a existência de componentes estáveis frente à legislação que, se explicariam pela forma como as regras de procedimentos e as Comissões do Congresso estruturavam suas escolhas e as informações disponíveis aos membros. Percebeu-se, por um lado, que determinadas regras possibilitavam a fixação de pautas que limitavam as decisões submetidas a votação por representantes. Por outro, verificou-se que essas regras conferiam responsabilidades às comissões estruturadas para decisões de questões-chave, fazendo com que estas decisões servissem aos interesses eleitorais dos membros do Congresso, facilitando mecanismos de negociação. Nota-se, que as instituições têm resolutividade em grande parcela dos problemas caracterizados pela ação coletiva e enfrentados por legisladores (HALL; TAYLOR, 2003). Ressalta-se que o institucionalismo de escolha racional abrange elementos teóricos emprestados à “nova economia da organização”, e por sua vez afirmam a “importância dos direitos de propriedade, das rendas e dos custos de transação para o desenvolvimento e o funcionamento das instituições” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 203).

Na visão de Hall e Taylor (2003), a partir da década de 1990, estudiosos da escolha racional se preocuparam em explicar determinados fenômenos políticos, entre eles o desenvolvimento histórico das instituições políticas, o comportamento das coalizões, e a intensidade dos conflitos étnicos. Destacam, ainda, que especialistas em relações internacionais vêm utilizando o conceito do institucionalismo de escolha racional para explicar a ascensão ou queda dos regimes internacionais, e as responsabilidades delegadas pelos Estados às organizações internacionais (HALL; TAYLOR, 2003).

Constata-se, no institucionalismo de escolha racional, a existência de debates e variações entre as abordagens analíticas. São citadas quatro propriedades que podem ser verificadas em grande parte das análises. A primeira ressalta que esses teóricos utilizam uma variedade distinta de pressupostos comportamentais. Isto é, ao interagirem entre si os indivíduos compartilham um conjunto de preferências ou gostos e exercem seu comportamento procurando satisfazer seus interesses. A segunda propriedade pretende compreender a vida política como um conjunto de dilemas de ação coletiva. Tais dilemas são

produzidos frente à ausência de arranjos institucionais que impedem cada ator de adotar uma linha de ação, considerada preferível no plano coletivo (HALL; TAYLOR, 2003).

A terceira propriedade, enfatiza o papel da interação estratégica na determinação das situações políticas. Sua compreensão fundamental abrange o comportamento de determinado indivíduo, calculado estrategicamente e influenciado pelas expectativas dos indivíduos em relação ao comportamento desempenhado pelos demais. Logo, as instituições estruturam a interação entre os indivíduos, oferecendo informações ou mecanismos que reduzem a incerteza sobre o comportamento dos outros. Trata-se de um enfoque “calculador” para explicar a influência das instituições sobre a ação individual (HALL; TAYLOR, 2003).

A última propriedade, refere-se ao enfoque para explicar a origem das instituições. Essa perspectiva utiliza a dedução para classificar as funções desempenhadas pela instituição. Sendo assim, a instituição é o resultado da importância que estas funções assumem perante os indivíduos aos quais exerce influência, isto é, esse processo indica o resultado obtido pela cooperação. Conforme Hall e Taylor (2003, p. 206):

[...] o processo de criação de instituições é, geralmente, centrado na noção de acordo voluntário entre os atores interessados. Se a instituição está submetida a algum processo de seleção competitiva, ela, desde logo, deve sua sobrevivência ao fato de oferecer mais benefícios aos atores interessados do que as formas institucionais concorrentes.

O surgimento do institucionalismo sociológico está associado à teoria das organizações no final da década de 1970. Com essa tendência, se iniciou um processo de análise apoiado na compreensão de que formas e procedimentos institucionais, empregados por organizações, não eram adotados apenas por serem mais eficazes no cumprimento das tarefas. Tais formas e procedimentos eram considerados práticas culturais, comparados aos mitos e cerimônias realizadas em diversas sociedades. Por conseguinte, às organizações incorporariam essas práticas visando o aumento de sua eficácia, quanto aos fins e meios, e também para a transmissão das práticas culturais (THÉRET, 2003).

De acordo com Hall e Taylor (2003), são três as características do institucionalismo sociológico. A primeira é a tendência em definir as instituições de maneira global, incluindo regras, procedimentos e normas formais, “sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem ‘padrões de significação’ que guiam a ação humana” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 208). A segunda, demanda o rompimento da dicotomia conceitual que contrapõe instituições e cultura, fazendo ocorrer uma inter - relação entre ambas. A última

característica, descreve a tendência na redefinição da “cultura como sinônimo de instituições” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 208-209).

O institucionalismo sociológico distingue-se das demais correntes por sua maneira de enfrentar as relações entre as instituições e a ação individual, em consonância com o enfoque cultural. Desta maneira, as questões que dizem respeito à problemas relacionais entre instituições e à ação são associadas às instituições, mediante papéis vinculados às normas prescritivas. Aqui, os indivíduos são induzidos a desempenhar papéis específicos de acordo com seu tipo de socialização e, da mesma forma, a internalizar as normas associadas a estes papéis. Logo, é possível conceber a influência das instituições sobre o comportamento, como Hall e Taylor (2003, p. 209) designam a “dimensão normativa’ do impacto das instituições”.

Em direção contrária à dimensão normativa, outros autores concentraram seus esforços no que chamam “dimensão cognitiva’ do impacto das instituições” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 210). Isto é, no modo como as instituições influenciam o comportamento ao fornecer esquemas, categorias e modelos cognitivos imprescindíveis à ação. Sendo assim, as instituições têm influência sobre o comportamento não apenas dizendo o que deve ser feito, mas também, o que é possível fazer em um determinado contexto.

Os sociológicos institucionalistas sustentam que as organizações adotam uma nova prática institucional por razões que têm menos a ver com o aumento da sua eficiência que, com o reforço oferecido à sua legitimidade social e aos seus seguidores. Em outros termos, as organizações adotam formas e práticas institucionais particulares, pois têm um valor reconhecido num ambiente cultural mais amplo. Em alguns casos pode acontecer que essas práticas sejam explícitas quando relacionadas ao cumprimento dos objetivos oficiais da organização (HALL; TAYLOR, 2003).

Nessa linha são relevantes as reflexões de Frey (2000), ao fazer críticas à perspectiva “*policy analysis*¹⁷” tradicional. A perspectiva pretende analisar a relação entre as instituições

¹⁷ Essa abordagem apresenta alguns conceitos básicos, considerados de fundamentais para a compreensão de políticas públicas, a citar: a) “*politics*” – que denomina os processos políticos; b) “*polity*”- denomina as instituições políticas; c) “*policy*” – que designa os conteúdos da política; d) “*policy network*” - entendida como as “interações das diferentes instituições e grupos tanto do executivo, do legislativo como da sociedade na gênese e na implementação de uma determinada *policy*”; e) “*policy arena*” - parte do pressuposto de que as reações e expectativas das pessoas afetadas por medidas políticas têm efeito antecipativo no processo político de decisão e de implementação. Tal modelo refere-se aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, as quais podem ser distintas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo; f) “*policy cycle*” – tendo em mente que as redes e as arenas das políticas setoriais podem sofrer modificações no decorrer dos processos de elaboração e implementação das políticas, é de fundamental importância ter-se em conta o caráter dinâmico ou de complexidade temporal dos processos político - administrativos. Neste caso, existem várias fases que correspondem a uma seqüência de elementos do processo político-administrativo, sendo comum a todas as propostas as fases de formulação, de implementação e do controle dos impactos das políticas (FREY, 2000).

políticas, o processo político e os conteúdos de política, constituindo um conjunto de questionamentos da Ciência Política. As críticas feitas pelo autor a tal corrente se deve ao fato desta negligenciar elementos estruturais da política, que poderiam ser explicados por sua tradição em atribuir, na análise de processos políticos, aos conteúdos da política importância maior que às condições institucionais. As contribuições para essa negligência se devem, especialmente, ao caráter quantitativo dos estudos de políticas públicas, bem como, parte dos estudos que contribuíram para o desenvolvimento teórico dessa vertente, recente da Ciência Política, têm sido realizados em países com sistemas políticos institucionalmente estáveis (FREY, 2000).

Frey (2000) enfatiza que, ao analisar sistemas políticos em transformação e com instituições ainda não consolidadas, como é o caso dos países em desenvolvimento, ocorre uma predisposição em atribuir ao fator “instituições estáveis ou frágeis” importância significativa para explicar o fracasso ou sucesso das políticas. O autor ressalta que esse tipo de análise corresponde a uma crença de que mediante um “desenho institucional” ou, mediante “políticas estruturadoras de sistema”, seria possível “pôr ordem no caos”, que caracteriza os sistemas político-administrativos nos países em desenvolvimento (FREY, 2000, p. 230).

Compartilhando da análise do autor, compreendemos que as instituições contribuem para explicar a fragilidade institucional, mas ressalta-se que por si só elas não dão conta de explicar esse processo. Destaca-se a incidência de outros aspectos que influenciam a questão, entre eles, os estilos de comportamento político. Logo, salienta-se a importância de suas reflexões, como subsídio para a análise da proposta presente neste estudo.

Conforme Frey (2000), considerar as instituições de forma positiva, pelo fato de garantirem a estabilidade de sistemas, é uma concepção que deve ser cautelosa e revista. E sinaliza que as instituições não servem apenas para a satisfação das necessidades humanas e para a estruturação das interações sociais, mas servem também para determinar posições de poder.

As teorias institucionais atribuem significados estratégicos, funções relacionais, regulatórias e culturais às instituições. Por conseguinte, as instituições desempenham a função de ordenar as relações sociais, regulando a distribuição de gratificações e posições sociais, e sendo intermediadas por valores, representam o caráter da sociedade de forma ampla. Essa tendência considera as instituições como positivas por garantirem a estabilidade dos sistemas (FREY, 2000).

O'Donnell (1991) descreve a necessidade de notar que as instituições apresentam funções específicas que vão além da satisfação das necessidades humanas e da organização das interações sociais. Para ele, as instituições produzem relações e posições de poder que podem, inicialmente, acabar com possibilidades de ação, e da mesma maneira, podem contribuir para a criação de oportunidades de liberdade ou produzir barreiras para a liberdade individual. Neste caso, a institucionalização implica em altos custos por não representar apenas o fim do direito a voz, mas também o receio do processo de burocratização e de descontentamentos que esse processo poderá ocasionar (O'DONNELL, 1991, p. 30).

De acordo com Frey (2000), as instituições não representam apenas as necessidades individuais ou sociais. O autor cita que:

Instituições políticas são padrões regularizados de interação, conhecidos, praticados e em geral reconhecidos e aceitos pelos atores sociais, se bem que não necessariamente por eles aprovados. Logo, são produto de processos políticos de negociação antecedentes, refletem as relações de poder existentes e podem ter efeitos decisivos para o processo político e seus resultados materiais [...] (FREY, 2000, p. 231-232).

A questão, de acordo com Frey (2000), é central nas teorias neo-institucionalista pelo fato de dar pressupostos político - institucionais ao tema diante dos processos de decisão política. Assim, o neo - institucionalismo confere grande importância ao fator institucional para explicar o porque de certos fatos políticos. Esta corrente teórica procura, ainda, definir limites para a racionalidade do processo de decisão, que podem ser ocasionados por faltas ou excessos de informações, enfatizando a existência de regras gerais e concepções que predominam e exercem influência sobre as interpretações e formas de agir dos indivíduos (FREY, 2000).

Por sua vez, March e Olsen (*Apud* FREY, 2000, p. 232), relataram que a perspectiva institucional surge em meio à idéias, identidades e concepções do que é considerado comportamento adequado. Para eles, o neo - institucionalismo entende que as instituições não são apenas as mais reconhecidas, como, por exemplo, as Constituições Estatais, e defendem uma compreensão mais ampla do conceito. A idéia central é que a vida está organizada e disposta de forma paralela às funções e práticas ocorridas em determinado período de tempo. De maneira intencional, as ações desenvolvidas individualmente, calculadas e seguidamente coletivizadas são incorporadas, e suas funções e práticas passam a ser desempenhadas, constituindo o que é chamado de identidade ou instituições (FREY, 2000).

Partindo dessa concepção, verifica-se que certos atores políticos e sociais agem de acordo com os seus interesses pessoais e suas identidades, seja como cidadão, político, servidor público ou chefe de família entre outros, que exerce influência sobre seu comportamento nos processos de decisão. Logo, as regras, os deveres, os direitos e papéis institucionalizados influenciam o indivíduo em suas decisões e nas estratégias para atender as necessidades (FREY, 2000).

A corrente teórica neo-institucionalista parte da hipótese que as possibilidades da escolha estratégica se iniciam nas estruturas político - institucionais. Desse modo, existe uma capacidade dos atores políticos em modificar essas estruturas a partir de suas estratégias, por meio da institucionalização, da desinstitucionalização, da atribuição de funções entre outras. Sendo assim, o neo - institucionalismo não pretende oferecer apenas uma explicação para o comportamento político, mas reivindica e procura contribuir para estratégias de configuração de políticas, mediante estudos científicos (FREY, 2000).

A diferença mais marcante entre o institucionalismo tradicional e o neo - institucionalismo, está no fato de que este último “não explica tudo por meio das instituições”. Frey (2000) salienta a existência de situações nas quais os processos políticos são pouco consolidados e torna-se difícil explicar os acontecimentos pelo fator institucional, e se isso for possível, o resultado estará condicionado, de maneira auxiliar, pelas instituições.

Tendo como foco de análise os limites postos aos fatores institucionais na compreensão dos regimes políticos, tem-se adicionado como elemento explicativo o fator “estilo de comportamento político” que, por sua vez, é dependente da cultura político - administrativa predominante nas instituições. A “análise de estilo político” é uma vertente de pesquisa que surgiu em função das limitações da “*policy analysis*” tradicional, isto é, surge a partir da crítica à perspectiva da “*policy analysis*”. Pressupõe que os processos políticos são determinados pelos conteúdos da política, e enfatizam a importância de instituições estáveis e consolidadas para o sucesso das políticas públicas. Essa perspectiva se dedica aos fatores culturais, aos padrões de comportamento político e às atitudes dos atores políticos, por considerá-los elementos essenciais na compreensão do processo político, que repercute na qualidade dos programas e projetos políticos elaborados e implementados (FREY, 2000).

Frey (2000) faz uma distinção entre padrões de política e padrões de comportamento. Para ele, o primeiro refere-se a padrões de comportamento de indivíduos ou de atores corporativos com funções administrativas, partidos ou associações que se encontram em contextos ou situações específicas. O segundo diz respeito a padrões de comportamento político, como, por exemplo o clientelismo, o paternalismo ou a corrupção. Neste caso, os

elementos são característicos de certos tipos de sistemas políticos e sofrem influência da interação entre atores e grupos, e seus resultados podem ser observados no processo de implementação de políticas públicas. Conforme o autor, tais comportamentos são observados em todos os tipos de ação política, e “representam condições que delimitam o comportamento dos atores individuais, estando estes, por sua vez, reproduzindo permanentemente esses padrões de comportamento, nas suas ações cotidianas” (FREY, 2000, p.235).

As sociedades em processo de transformação se caracterizam por tensões entre os padrões individuais de comportamento e os que são considerados coletivos. São mudanças observadas nos valores sociais, interesses e objetivos de ação que são produzidos por cortes sociais e políticos, e a partir destes surgem diversos atores sociais, que buscam modificar os estilos de comportamento político. Um exemplo claro de institucionalização de novos estilos de comportamento é o caso dos novos espaços de participação. Assim, os conselhos populares, orçamento participativo e outras instâncias de discussão e participação, especialmente, nos municípios brasileiros, foram resultado de intensas pressões político-sociais de movimentos sociais e da sociedade civil (FREY, 2000).

Frente à tal dinâmica política, Frey (2000) menciona a existência de condicionalidades dos estilos políticos que se dão por meio das representações de valores, idéias, sentimentos, orientações e atitudes que predominam na sociedade, chamados de “cultura política”. Segundo Almond (1974), as pesquisas sobre esse tema procuram analisar a cultura política no contexto de países específicos, isto é, a cultura política diz respeito a uma distribuição particular, em determinado país, de indivíduos que apresentam semelhanças ou diferenças em suas atitudes políticas, valores, opiniões, informações e experiências.

Um elemento central desta perspectiva analítica é a comparação entre culturas políticas. Conforme Frey (2000), a cultura política não é um fator determinante da atuação governamental e do estilo político. Para ele, as especificidades dos estilos de política são influenciados por uma variedade de fatores como, por exemplo, as tradições nacionais e regionais, as estruturas políticas, o grau de desenvolvimento econômico, as ideologias, entre outros. Destaca, também, que a abordagem da cultura política dificilmente pode fornecer explicações satisfatórias e definitivas dos estilos políticos.

Na concepção de Frey (2000), há a necessidade de delimitar e restringir o uso do conceito “instituições”, para caracterizar apenas organizações e procedimentos. Por conseguinte, a centralidade da abordagem institucional incide na “possibilidade de influenciar processos políticos e, conseqüentemente, os conteúdos da política por meio da institucionalização de padrões de ação e de processos de negociação no contexto de

organizações e procedimentos” (FREY, 2000, p. 240). Com essa análise, verifica-se a necessidade de fazer uma distinção entre padrões de comportamento existentes ou são pretendidos, e as próprias instituições. Assim, as instituições caracterizam-se como resultantes do processo de negociação entre atores políticos, denominados de “arranjos institucionais”.

Em seu estudo, Frey (2000) descreve alguns pontos de convergência entre as perspectivas da análise de estilos políticos e da análise de instituições. Ressalta que:

Ao examinar os padrões de comportamento político, a análise de estilos políticos tem que levar em consideração não apenas hábitos, costumes, rituais, estilos de comportamento e padrões de rotina política, mas também formas institucionalizadas de comportamento político. Dado que tais padrões de comportamento podem ser considerados, até um certo grau, independentes de constelações de interesses e de exigências materiais do agir público, eles formam um elemento estrutural autônomo do processo político [...] (FREY, 2000, p. 241).

Por fim, suas análises enfatizam a insuficiência, tanto das abordagens institucionalistas, quanto das abordagens culturalistas. A primeira, quando supõe que apenas a engenharia institucional seria capaz de colocar os regimes políticos no caminho da modernização democrática. A segunda, ao supor que a mobilização de novas forças sociais e políticas ou a aplicação de novas estratégias políticas dispensariam reformas institucionais mais profundas (FREY, 2000).

CAPÍTULO - II

2. INOVAÇÕES INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE E NA REGIÃO DE FRONTEIRA

O presente capítulo resgata as inovações institucionais apresentadas pela política de saúde brasileira, a partir da década de 1980, com as prerrogativas da Constituição Federal de 1988, e posteriormente, pela legislação complementar, anos 1990, para consolidação do Sistema Único de Saúde. Tal processo favoreceu a democratização do acesso à saúde no país. A construção do direito à saúde, no transcurso da Reforma Sanitária, possibilitou a formulação de propostas para um novo paradigma e um conceito mais abrangente de saúde. Desse modo, pretende-se apresentar as institucionalidades do direito à saúde proposto pela política nacional de saúde, pós 1988.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde foi vinculada aos direitos sociais compondo o tripé da seguridade social. Após constantes discussões e impasses na elaboração da Constituição Federal de 1988 a saúde é garantida como direito universal, mediante políticas sociais e econômicas, que contribuam para a redução dos riscos de doenças e outros agravos. O acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde passa a ser universal e igualitário para todos os indivíduos.

A saúde, neste momento, ganha outra conotação legal e incorpora novas instâncias legais de regulação para sua efetivação. Entre elas, cita-se a Lei Orgânica da Saúde composta pelas Leis nº. 8.080 e nº. 8.142 de 1990, que criam os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde, bem como, delegam novas responsabilidades às três esferas de governo. Avançou-se, quanto à competência do poder público (especialmente, para Estados e municípios), aos quais foram delegadas responsabilidades na elaboração de ações e serviços públicos de saúde, sua regulamentação, fiscalização, controle e execução, para a integração das redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Política Nacional de Saúde e a descentralização político-administrativa do Estado, se estabeleceu um novo parâmetro de atendimento. Ampliaram-se às responsabilidades, principalmente no âmbito municipal, quanto às responsabilidades pela atenção básica de serviços e ações em saúde, e simultaneamente, foi estabelecido o processo de regionalização como estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde. Esse processo

procurava viabilizar níveis maiores de equidade com a criação de mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS. A proposta pretendia contemplar a lógica do planejamento integrado, respeitando os limites intermunicipais para a garantia do acesso às ações e serviços necessários a todos e otimizando recursos disponíveis.

Na Lei Orgânica da Saúde, a satisfação das necessidades em saúde foi vista como um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito antecedente, bem como, não estava submetida à sujeição de limites. Com isso, o direito à saúde passou ter independência frente ao mercado no momento que foi proposto o atendimento universal, integral e igualitário para todos (NOGUEIRA, 2002).

A saúde, vista como um direito universal, direito de cidadania social, garantido por meio de políticas públicas, passa a compor o Sistema Nacional de Seguridade Social. Neste Sistema, os serviços de saúde seguem algumas diretrizes como: a universalização, a descentralização, o financiamento equitativo, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Nogueira (2002) ressalta que, estes são os elementos institucionais e organizativos que viabilizarão a concepção de direito aprovada pela Constituição Federal.

O Artigo 198 da Constituição menciona outros pontos do direito à saúde:

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

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (BRASIL, 2001A).

Verifica-se que o SUS tem por princípios doutrinários: a) a universalidade - todos os indivíduos têm direito ao atendimento sem distinção de raça, cor, religião, renda, entre outros; b) a equidade - todo cidadão é igual, perante o SUS, e terá atendimento conforme suas necessidades, afim de atender e tratar desigualmente os desiguais; c) a integralidade - os serviços de saúde devem atender o indivíduo como um ser humano integral, que está, constantemente, submetido a diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e morrer. O indivíduo deve ser compreendido como um ser social, cidadão que, biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida (ALMEIDA; WESTPHAL, 2001).

Destaca-se, também, os conflitos de interesses na implementação da reforma da saúde, que exercem influencia sobre os níveis de institucionalidade do sistema. A reforma tinha

como base o modelo assistencial universalista e desdobrava-se na constituição de novos sujeitos políticos, alianças e intensificação dos conflitos entre os interesses dos grupos envolvidos (entre eles, o executivo federal, estadual e municipal, o movimento sanitário, os sindicatos e as associações profissionais). Como menciona Nogueira (2002, p. 158), a “implementação do SUS provocou cisões políticas e programáticas sérias entre os mesmos, favorecendo novos arranjos institucionais e novos acordos em relação às agendas políticas e governamentais”.

São definidos, ainda, alguns princípios que dizem respeito ao aspecto organizativo do SUS. Conforme o capítulo II, que trata dos princípios e diretrizes da política: a) regionalização - é compreendida como a distribuição dos serviços para atender às necessidades por região, em níveis de complexidade crescentes; b) resolutividade - refere-se à exigência de que, quando o indivíduo buscar o atendimento, os serviços estejam capacitados para resolvê-lo no nível de complexidade necessário; c) descentralização - envolve a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os níveis de governo: União, Estados e Municípios; d) controle social - é a garantia constitucional, para que a população, através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde; e) complementaridade do setor privado - de acordo com o Art. 199, inciso 1º, “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, seguindo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos” (BRASIL, 1990A).

Um dos princípios norteadores do SUS que vem se destacando no cenário dos avanços institucionais é a descentralização, foco orientador do presente estudo, razão pela qual será objeto de uma breve revisão de literatura, visto que orientará as análises posteriores. Este princípio é entendido como redistribuição das responsabilidades por ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Sendo assim, compreende-se que quanto mais próximo das demandas as decisões são tomadas, maiores serão as chances das ações se concretizarem com sucesso. As políticas de saúde, a partir de então, vão interagir entre si para um fim comum, a saúde da população. Há o reforço do poder municipal - municipalização -, sendo delegadas responsabilidades na gestão e implementação das ações e serviços em saúde.

Essa nova atribuição conferida aos municípios, como cita Nogueira (2002), causou alterações significativas, pois transferiu a capacidade decisória sobre ações e programas de saúde para o âmbito municipal. Simultaneamente, foram ampliadas as competências

estaduais, mas especialmente à esfera municipal, foram atribuídas responsabilidades executivas na provisão de serviços sociais, abrindo espaço para diversas práticas que apresentaram resultados, por vezes, favoráveis, por vezes, desfavoráveis para o campo da saúde (NOGUEIRA, 2002).

A descentralização mostrou seu viés positivo ao possibilitar a Estados e municípios mais autonomia política, sobretudo, quanto à utilização e otimização dos recursos reservados à política de saúde. Assim, a descentralização foi mencionada como meio para a redução das desigualdades sociais e para a promoção da equidade nos serviços de saúde (SOUZA, 2001).

Segundo Gerschman (2001), o final dos anos 1990 foi marcado por diversos avanços trazidos pela Constituição. Suas inovações ocorreram, especialmente, em relação à descentralização das políticas públicas, que buscava a reordenação do sistema com centralidade nos princípios do SUS e no processo de descentralização das ações nas três esferas de governo.

De acordo com Fonseca (2004), a partir da Constituição Federal de 1988, o princípio da descentralização das políticas públicas foi consagrado. Estados e, sobretudo, os municípios passaram a assumir, de maneira progressiva, a responsabilidade pela implementação e gestão de políticas nas mais variadas áreas, entre elas, o desenvolvimento das políticas.

Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde, percebendo a necessidade de detalhar e organizar gerencialmente as propostas contidas na legislação anterior, instituiu as Normas Operacionais Básicas (NOB's). Tais normas operacionais são instrumentos regulatórios do Sistema Único de Saúde, e incluem as orientações do sistema, propriamente ditas, explicitando e conferindo consequência prática para seus princípios e diretrizes. As Normas Operacionais Básicas voltam-se, direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema Único de Saúde.

2.1 As inovações institucionais da política de saúde brasileira na década de 1990

As inovações transcorridas durante a implantação da Política Nacional de Saúde possibilitaram a construção de um novo paradigma de atenção à saúde no país. Essa questão é de grande relevância, pois foram estes processos institucionais que permitiram o surgimento e a continuidade do alicerce normativo do SUS até os dias atuais. Constata-se, inicialmente, que os avanços institucionais também conduziram a democratização do acesso à saúde, como

direito constitucional, permitindo maior participação da sociedade nas discussões e decisões sobre as políticas públicas.

O destaque conferido a tais inovações se dá por se constituírem como instrumentos fundamentais para a consolidação do SUS. Dentre as inovações, as Normas Operacionais Básicas são citadas como os primeiros mecanismos de regulamentação e funcionamento do SUS. Posteriormente, foram criadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde, também contando com orientação vinculada à regulamentação da política de saúde.

Alguns autores enfatizam que, para analisar a política de saúde, nos anos 1990, é necessário ter em mente o complexo e desafiador processo de implementação do SUS. Mesmo com desafios à implementação, foram evidentes os avanços em relação ao modelo de descentralização adotado pela política, em direção à municipalização da gestão e a determinação das funções estaduais, como coordenadores do sistema de referência intermunicipal (LEVCOVITZ, 2001).

Em nível federal, verificou-se a ampliação de sua capacidade de induzir e regular a inclusão de novos mecanismos de transferência, vinculados às ações e programas assistenciais. Conforme Levcovitz (2001), esse processo foi orientado pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB's), instrumentos que procuram regular o processo de descentralização.

Constata-se, ao longo da década de 1990, em relação ao Ministério da Saúde, várias inovações que visavam sua modernização. Entre as mais importantes estão o desenvolvimento de fóruns, de instrumentos e mecanismos de relação intergestores, como, por exemplo, a criação das CIB's e a CIT, além da criação de agências de regulação da vigilância sanitária e saúde suplementar. Ressalta-se, ainda, o aperfeiçoamento de instrumentos de regulação do sistema e a reorganização institucional para o acompanhamento de processos de descentralização e fomento à mudança de modelo de atenção (OPAS, 2003).

Para que a implementação do SUS ocorresse na década de 1990, existiam alguns desafios a serem ultrapassados. Por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980, que favorecia as discussões políticas no campo da saúde, cujos reflexos foram expressos em mudanças no sistema com a Constituição Federal de 1988. De outro, a década de 1990 foi marcada pela concretização dos princípios do SUS versus as contínuas tensões entre barreiras de ordem estrutural e conjuntural (LEVCOVITZ, 2001).

O processo de descentralização em saúde apresentava características mais voltadas para o caráter político-administrativo, sobretudo, quanto à transferência de serviços e responsabilidades, de poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. No

projeto da Reforma Sanitária, a descentralização estava atrelada à estratégia de democratização e inclusão de novos atores sociais, bem como, à construção de um sistema que estabelecesse relações entre instituições, níveis de governo e serviços oferecidos (VIANA, 1995). Nesse período, identifica-se o deslocamento de um sistema de saúde centralizado - na ótica política, administrativa e financeira - para um panorama em que diversos gestores se constituiriam como atores essenciais na esfera da saúde (LEVCOVITZ, 2001).

Para Arretche (1996, p. 01), a descentralização é a “institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”. Para a autora a noção de “local” está relacionada à esfera de governo que se pretende transferir atribuições. Apresenta como exemplo, as políticas de educação e saúde, em que os programas de descentralização objetivam municipalizar a gestão de determinadas tarefas. Nesses casos, a descentralização passa a ser entendida como municipalização (ARRETCHÉ, 1996).

Com a descentralização da atenção sanitária, o SUS procurou implantar um modelo assistencial no sentido de reverter a forma de intervenção governamental no campo da saúde. Assim, no final da década de 1980 a política de saúde apresentava como marco a ineficiência da gestão pública e a baixa efetividade das ações no atendimento das necessidades da população (SILVA, 2003).

Conforme as análises de Silva (2003), a reforma da saúde, em 1990, ocorreu frente a um conjunto de pressões sobre os governos nacionais, que buscavam alterar o perfil das políticas públicas setoriais. No cerne de tais pressões, destacam-se três questões de ordem estrutural. A primeira dizia respeito às alterações demográficas, que tem como causa principal o envelhecimento da população e a diminuição da população economicamente ativa, fator esse que gera incremento na demanda por serviços saúde. A segunda questão, apontava para as dificuldades em equacionar o financiamento e o gasto público diante dos ajustes financeiros macro-econômicos que determinavam cortes e redução da intervenção estatal. A última questão, resultava das inovações tecnológicas para a área de cuidados médicos, que alteram o perfil de provisão dos serviços com impacto sobre a criação de novas demandas e necessidades de financiamento. Desse modo, há uma ampliação das expectativas dos usuários que passam a exigir novos padrões de atendimento (SILVA, 2003).

Levcovitz (2001) ressalta que a descentralização por si só não foi suficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, e seus avanços efetivos se relacionam intimamente a outros aspectos também relevantes para a consolidação do sistema. Tais como: a alocação e repasse adequado dos recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade de

gestão nos três níveis de governo, e o aprofundamento dos valores democráticos por parte das instituições do setor saúde (LEVCOVITZ, 2001).

Nota-se que, nos anos 1990, a descentralização no campo da saúde esbarrou em dificuldades financeiras e institucionais. Neste sentido, Arretche (1997) salienta que em âmbito nacional a aparência do sistema descentralizado vêm se tornando cada vez mais heterogênea, isso se deve à diversidade de possibilidades financeiras e administrativas existentes, além das disposições políticas dos atores governamentais em cada região.

Segundo Gerschman (2001), o SUS deu origem a uma extensa arena política, não se limitando apenas à esfera ministerial. Com o processo de descentralização da política de saúde, as decisões passaram a envolver instituições, políticas e atores sociais das três esferas governamentais.

O progresso da descentralização sinalizou a complexidade da implantação da Política Nacional de Saúde em um país que apresenta grandes dimensões geográficas e desigualdades sociais. Para tanto, a consolidação do SUS passou a demandar mecanismos regulatórios que dessem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização no âmbito da saúde. Com isso, na década de 1990, as Normas Operacionais Básicas representam instrumentos imprescindíveis para a concretização da diretriz descentralização, estabelecida na Constituição e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142 do SUS, ambas de 1990 (LEVCOVITZ, 2001)¹⁸.

2.1.1 Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde

O processo de descentralização da política de saúde contou com intensa expansão na década de 1990, especialmente, com a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB's). Tais normas se caracterizaram como instrumentos de regulação da descentralização, contemplando diversos aspectos entre eles a divisão de responsabilidades, as relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Mas, ressalta-se que todas NOB's publicadas na década de 1990¹⁹ trataram igualmente de outros aspectos da organização do sistema de saúde.

¹⁸ Além disso, ressalta-se que foram também verificadas, inovações em relação aos demais princípios do SUS, integralidade e participação da comunidade. Entre os autores que descrevem esses princípios, estão: Souza (2006), Mattos (2006), Campos (2003), Giovanella (2000) e Souza (2003).

¹⁹ As NOB's foram: NOB 1991, NOB 1992, NOB 1993 e NOB 1996.

As NOB's surgiram da necessidade de detalhar e organizar gerencialmente as propostas contidas na Lei Orgânica da Saúde (LOS). No âmbito formal, as NOB's são Portarias do Ministério da Saúde, que procuram reforçar a capacidade de regulamentação da direção do SUS. Estes instrumentos determinam os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde e fornecem atributos para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas em leis anteriores. Destaca-se o caráter transitório deste instrumental, com capacidade para ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização avança, fator esse que permite atualizar regras nos diversos períodos de implementação do SUS (LEVCOVITZ, 2001).

De acordo com Levcovitz (2001), as três NOB's marcam diferenças importantes diante do contexto de sua formulação. São distinções verificadas em função da intensidade do processo de negociação entre gestores em sua elaboração, seu conteúdo normativo, os níveis de implementação, os resultados para o processo de descentralização em saúde e a relação entre os gestores ou níveis de governo.

Nessa direção, Carvalho (2001) salienta que as NOB's apresentavam dois erros ao SUS. Primeiramente, por tentar inovar e criar normas que estariam além e acima do disposto na Constituição e na Lei Orgânica de Saúde. E, posteriormente, por empregar excessivo tempo e espaço repetindo procedimentos desnecessários (CARVALHO, 2001).

Em relação ao repasse de recursos federais, as alterações verificadas nos critérios e formas de repasse para estados e municípios, em 1991, ocorreu com as Leis nº. 8.080 e nº. 8.142. por conseguinte, foram definidos os recursos a estados e municípios, transferidos agora conforme sua divisão populacional. Com isso, a transferência passou a ocorrer de forma automática e regular, exigindo alguns requisitos para cada esfera de governo, entre eles a criação de um Fundo de Saúde²⁰, de um Conselho de Saúde, de um Plano Plurianual de Saúde, a contrapartida de recursos para a saúde no orçamento, além de uma comissão para elaborar o Plano de Carreira, Cargos e Salários para a área (LEVCOVITZ, 2001).

Levcovitz (2001) ressalta que, no período de implantação da NOB 1991 foram feitas várias críticas, mesmo sabendo-se que tal norma apoiava à descentralização e o reforço do poder municipal. Tais críticas se davam em função de seu perfil centralizador, sobretudo, aos mecanismos de transferência por meio de convênios, ao repasse condicionado à produção e à própria legitimidade da regulamentação do sistema, com normas e portarias que se chocavam

²⁰ Fundo Estadual de Saúde ou Fundo Municipal de Saúde.

com as diretrizes da LOS. As críticas periódicas se referiam aos impactos dos mecanismos de transferência de recursos estabelecidos pela NOB 1991 para o modelo de assistência à saúde. Destaca-se ainda: a) o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva; b) tendência à oferta de assistência médica privilegiando a produção, sem analisar as necessidades de saúde da população; c) estímulo à oferta sem nenhum tipo de articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou preocupação em evitar fraudes; e d) predomínio da influência da capacidade instalada na fixação dos tetos financeiros (LEVCOVITZ, 2001).

Também foram citados os efeitos negativos na relação entre Estados e municípios. Inicialmente, a lógica do repasse financeiro para desenvolver ações de saúde beneficiava a relação direta entre as esferas federal e municipal, e neste âmbito, a esfera estadual passou a não intervir na definição dos critérios empregados. Essa alteração representou para os Estados, a perda da função de articulação e negociação que dispunham no período de vigência do Sistema Único Descentralizado de Saúde - (SUDS) (LEVCOVITZ, 1997).

Resumidamente, a NOB 1991, editada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), foi escrita de acordo com a cultura prevalente naquela instituição de assistência médica, prevalecendo seu perfil centralizador. Já a NOB 1992, manteve a estrutura da primeira, mas inovou com a criação do Pró-Saúde e do Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2006A).

A formulação e implementação da NOB 1993 foi marcada por aspectos associados à política de saúde da década de 1990. Sobretudo, em relação ao avanço da municipalização (já iniciada com a NOB 1991) e seguida pelo envolvimento dos secretários municipais de saúde na direção da política de saúde, e posteriormente, marcada por críticas e dificuldades no processo de implementação da descentralização da política. Por fim, esse processo culminou na realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992. A Conferência, com o tema central “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, contemplou um vasto campo de discussão e levantamento das principais dificuldades no processo de condução da descentralização e gestão da política de saúde (BRASIL, 2006A).

A NOB 1993 foi a expressão operacional do documento intitulado “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, do Ministério da Saúde. As novas estratégias de descentralização que seriam implantadas, deveriam conter: a) o respeito as diversidades regionais brasileiras; b) ser implementada de maneira progressiva; e c) reconhecer a importância das parcerias entre os gestores, considerado-os como alicerce na estruturação dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006A).

A novidade apresentada pela NOB 1993, deu-se no reconhecimento da necessidade de criar estratégias de transição para um modelo de descentralização pleno. Para tanto, procurou regulamentar e recomendar condições para o êxito na execução descentralizada do SUS, criando níveis de transição de gestão municipal e estadual, diferenciando as competências e capacidades tanto administrativas, quanto financeiras. Tal estratégia pretendia delegar plenas responsabilidades gestoras por instâncias subnacionais de governo (LEVCOVITZ, 2001).

Considerando-se os dilemas e dificuldades para a implantação da descentralização do sistema de saúde e ascensão de funções gestoras pelos municípios, a NOB 1993 apresentou avanços significativos. Avanços estes, que dizem respeito, inicialmente, à implementação da política de saúde, e posteriormente, com as transferências de recursos federais de fundo para fundo, recomendados pela LOS, em 1990 (LEVCOVITZ, 2001).

Como salienta Levcovitz (2001), a NOB 1993 foi inovadora, pois partiu da necessidade de estabelecer uma relação direta entre os níveis federal e municipal, por meio do modelo de gestão semiplena. Sinaliza ainda, que não apenas foi rompida a exigência anterior dos convênios para a transferência de recursos, como apontavam as NOB's 1991 e 1992, mas também, honrou com a transferência automática dos recursos federais aos fundos municipais. Mesmo com diversos pontos positivos observados, a NOB 1993 não indicou soluções em relação à configuração de novas funções para a esfera estadual no sistema de saúde, nem definiu os recursos e instrumentos necessários para sua implementação.

Destaca-se outro aspecto importante da NOB 1993, a institucionalização das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Com isso, foi criado um sistema de decisões compartilhadas por diferentes instâncias federativas, que impulsionaram a municipalização mediante as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, 2006A).

A criação da NOB 1996²¹ se deu a partir de um exaustivo processo de negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT. Essas discussões contaram com a participação de diversos segmentos da sociedade, bem como, de várias

²¹ Os principais objetivos da NOB 1996, foram: a) promover e consolidar o pleno exercício, do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes, com a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União; b) caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, seja na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde; c) reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde; d) aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais para municípios, e implementar esta modalidade de transferência aos Estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos; e) fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através das CIT's e CIB's, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores; f) estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela (LEVCOVITZ, 2001).

oficinas de trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e encontros do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), para elaborar uma proposta convergente, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS (BRASIL, 2006A).

Com a NOB 1996 foram instituídos, para os Estados, duas condições de gestão: a avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual. Para os municípios, as condições de gestão estabelecidas foram: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Para cada condição de gestão foram previstas modalidades de transferência de recursos federais, divididas entre custos de assistência hospitalar e ambulatorial, ações de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças (AGUSTINI, 2004).

Neste contexto, a NOB 1996 indica a necessidade de aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país, e igualmente, a própria organização do Sistema. Deste modo, o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (AGUSTINI, 2004).

Verifica-se que a NOB 1996 só foi implementada, efetivamente, em 1998. Durante o período de publicação e implementação, o MS publicou algumas portarias, afim de estabelecer as alterações, medidas e parâmetros para sua operacionalização. Segundo Levcovitz (2001), tais portarias alteraram, de maneira significativa, o teor original da NOB, especialmente, quanto às formas e instrumentos de financiamento específicos nela previstos.

Quanto à habilitação, constatou-se que esse processo ocorreu de forma mais intensa entre os municípios que entre os Estados. A maior parte das habilitações de municípios ocorreram no ano de 1998, e em 2000, a maior parte dos municípios brasileiros já estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 1996 (a maioria deles em Gestão Plena da Atenção Básica, e um número significativo de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal). Verifica-se que nos três anos de implementação da NOB, a quase totalidade dos municípios passou a receber de forma direta, por meio do fundo municipal de saúde, os recursos federais, assumindo as responsabilidades sobre a atenção à saúde da população (BRASIL, 2006A).

A diferença marcante apresentada pela NOB 1996 em relação às anteriores, foi a tentativa de sinalizar mudanças do modelo assistencial, por meio do estabelecimento de incentivos à estruturação dos Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). As inovações trazidas pela NOB 1996 foram consolidadas com a política de municipalização, em que se estabeleceu o exercício integral do poder municipal na função de

gestor da atenção à saúde. A norma instituiu, ainda, a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica, e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados (BRASIL, 2006A).

Posteriormente, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001²², que pretendia desencadear o avanço do processo de descentralização, mas esta foi substituída em seguida pela NOAS 2002. Assim, a NOAS 2001 considera que, um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade, abrange a atenção básica como parte essencial de um conjunto de ações essenciais ao atendimento dos problemas de saúde da população. Deste modo, o sistema de saúde é indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde, e simultaneamente, orienta a reorganização do sistema. Por sua vez, a NOAS 2001 reconhece a existência de uma complexa estrutura político-administrativa, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, onde os níveis de governo tornam-se autônomos e sem vinculação hierárquica (BRASIL, 2001B).

Na NOAS 2001, foram atribuídas, aos Estados, funções importantes na organização das redes de serviços. Estas funções deram-se mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada: a) com a implantação de centrais de regulação; b) com o fortalecimento do controle e avaliação das ações e serviços desenvolvidos; e c) com a organização de consórcios intermunicipais ou por meio da formulação e implementação de planos de regionalização, promovidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2001B).

Foram destaque na implementação da NOAS 2001, a criação dos Planos Diretores de Regionalização e os Planos Diretores de Investimentos, que introduziram a idéia de redes de assistência (BRASIL, 2006A).

A NOAS de 2002 pretendia aprofundar o processo de descentralização com equidade no acesso às ações de saúde. Suas estratégias centravam-se na regionalização, no fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e na revisão dos critérios de habilitação. Tal norma, buscava atualizar as condições de gestão apresentadas na NOB 1996, ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Com isso, foi definido o processo de regionalização da assistência, com a criação de mecanismos que fortalecessem a capacidade

²² Segundo a NOAS 2001, em 2000 a habilitação, nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 1996, atingiam mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais com êxito e a formação de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

de gestão do SUS, bem como, a atualização dos critérios de habilitação para Estados e municípios (SANTA CATARINA, 2002A).

Retomando as modalidades de gestão, na NOAS 2002 os municípios puderam se habilitar em duas modalidades, de acordo com sua capacidade de assumir e cumprir as responsabilidades perante sua população, o Estado e o Ministério da Saúde. A primeira, consiste na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), onde o município recebe, de forma regular e automática, recursos financeiros para prestar serviços básicos de saúde²³. Na segunda modalidade, a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), os recursos são repassados aos municípios de forma automática, para a prestação de ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar. Essa modalidade envolve também atividades de planejamento, controle e avaliação, além do gerenciamento das unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares (públicas ou privadas), vinculados ao SUS (BRASIL, 2001B).

Verifica-se, ainda, que em 2006, o Ministério da Saúde propôs e aprovou um documento chamado “Pactos pela Saúde”. Esse documento visa aprimorar a execução das ações do SUS. O documento será detalhado a seguir.

2.1.2 Pactos pela Saúde

Diante do contínuo processo de aperfeiçoamento e operacionalização que o SUS vem passando, tem-se observado a constante evolução, desde aspectos voltados à sua implantação e implementação, mas sobretudo, em relação aos avanços nos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. A descentralização favoreceu a ampliação das relações do SUS com a realidade existente no país, especialmente, no caso das dimensões social, política e administrativa e sobretudo, das especificidades regionais. Para essa nova compreensão, foram apresentados desafios frente à busca pela superação da fragmentação das políticas e dos programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006D)²⁴.

²³ Entre eles: serviços básicos de clínica médica, pediátrica, ginecologia e cirurgia geral; serviços de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças; bem como, gerencia as unidades básicas de saúde e recebe recursos financeiros por habitante/ ano (SANTA CATARINA, 2002A).

²⁴ Destaca-se que o resgate que se segue foi extraído, em sua totalidade, do documento “Pactos Pela Saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde. Pactos de Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde. Brasília: 2006D. 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Os Pactos pela Saúde contemplam estratégias já consolidadas pelos gestores do SUS afim de integrar seus princípios respeitando as diferenças regionais, além de agregar os pactos já existentes, reforçando a organização das regiões com mecanismos de gestão e planejamento. O Pacto busca: o fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social, possibilitando o acesso da população à atenção integral à saúde; a redefinição de instrumentos de regulação, de programação e avaliação; a valorização das funções de cooperação técnica entre os gestores, além de sugerir um financiamento tripartite, estabelecendo critérios igualitários nas transferências fundo a fundo.

O documento “Pactos pela Saúde” criado em 2006 pelo Ministério da Saúde, resultou de diversas discussões entre a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. Condensa as diretrizes operacionais para o SUS a partir de três dimensões: “Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Sua implantação possibilitará a efetivação dos acordos firmados entre as três esferas de gestão, reformulando aspectos institucionais já existentes. Sua proposta tem a finalidade de promover inovações nos processos de gestão, para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade em suas respostas, redefinindo responsabilidades coletivas por resultados, sobretudo, quanto às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006D).

O Pacto detalha e descreve mudanças em relação à execução do SUS: a) a substituição do atual processo de habilitação pela adesão aos Termos de Compromisso de Gestão; b) a regionalização solidária e cooperativa, compreendida como eixo estruturador do processo de descentralização; c) a integração das formas de repasse dos recursos federais vigentes e a unificação dos pactos já existentes.

A primeira dimensão é denominada “Pacto pela Vida”. Essa dimensão caracteriza o compromisso dos gestores²⁵ do SUS, perante as prioridades com impactos efetivos sobre a situação de saúde da população. Tais prioridades prevêm ações e serviços de saúde que contemplam: a) a saúde do idoso; b) o controle do câncer do colo do útero e da mama; c) a redução da mortalidade infantil e materna; d) o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, especialmente, no caso da dengue, a hanseníase, a tuberculose, a malária e a *influenza*; e) a promoção da saúde; e f) o fortalecimento da atenção básica. Para cada uma das prioridades foram propostas ações estratégicas, objetivos e metas para alcançar os resultados (BRASIL, 2006)²⁶.

²⁵ Ressalta-se que a expressão “gestor/ es” e “Secretário/ os de Municipais de Saúde”, são similares.

²⁶ O detalhamento das ações específicas de cada prioridade constam na íntegra no documento oficial.

O Pacto em Defesa do SUS, segunda dimensão, salienta que as ações e serviços nas três esferas de governo pelos gestores e atores envolvidos devem considerar duas diretrizes. Inicialmente, procura resgatar os compromissos dos gestores com a Reforma Sanitária, defendendo os princípios apresentados na Constituição Federal e no SUS. A outra, prevê o desenvolvimento e articulação de ações para qualificar e assegurar o SUS como política pública.

As ações propostas nesta dimensão visam a “repolitização da saúde”, sinalizando a retomada dos princípios da Reforma Sanitária, de acordo com os desafios para a implementação do SUS. Destaca, também, a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, centrando esforços na saúde como um direito e na garantia de financiamento, conforme as necessidades do sistema (BRASIL, 2006D).

O Pacto de Gestão, última dimensão, estabelece as diretrizes para a gestão do sistema. São mencionados alguns aspectos, como: a) a descentralização; b) a regionalização; c) o financiamento; d) o planejamento; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); e) a regulação; f) a participação e o controle social; g) a gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Ressalta-se que serão discorridos, de maneira sucinta, alguns aspectos desta dimensão²⁷ para aproximação ao conteúdo do documento.

Essa dimensão pressupõe o aprofundamento do processo de descentralização, com ênfase na descentralização compartilhada entre os níveis de governos e os atores envolvidos. Para tanto, são citadas sugestões no sentido de orientar o processo, cabendo ao Ministério da Saúde propor políticas, participar no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, bem como, a mediação de conflitos. Para as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), a descentralização passa a envolver os processos administrativos, quanto à gestão, atribuindo responsabilidades específicas, e quanto à efetivação dos pactos e na definição de modelos organizacionais para o sistema.

A regionalização se apresenta como um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão. Tal diretriz pretende orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e envolvimento dos gestores. Isto é, são instrumentos de planejamento da regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI)²⁸.

²⁷ Destaca-se que o resgate de alguns aspectos do documento “Pactos Pela Saúde” terá apenas fins informativos, pois, as informações contidas nos bancos de dados utilizados para o estudo foram anteriores a sua implantação.

²⁸ A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), tem por objetivo definir em cada território a programação das ações de saúde, direcionando recursos financeiros, de acordo com critérios pactuados entre os gestores.

O PDR, inicialmente, procura detalhar a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde, contemplando suas características específicas, garantindo o acesso, a equidade, a integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização, procurando racionalizar os gastos e otimizar os recursos. O PDR é responsável pela coordenação do processo de regionalização e necessita das informações das redes regionalizadas de atenção à saúde, que se organizam nos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, tornando possível a articulação na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Sendo assim, o PDI procura garantir o repasse de recursos no sentido de atender às necessidades prioritárias no processo de planejamento regional e estadual²⁹ (BRASIL, 2006).

As Regiões de Saúde, de acordo com o Pacto, são definidas como espaços territoriais que constituem uma mesma área geográfica, reconhecida por seus gestores - estaduais e municipais - por apresentar semelhanças culturais, econômicas e sociais no território. São atribuídas a tais Regiões a responsabilidade na organização da rede de ações e serviços de saúde, procurando garantir a execução dos princípios de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e o SUS.

Para que as Regiões de Saúde tenham efetividade, é necessário que ocorra a pactuação entre os gestores envolvidos, sobretudo, em relação às responsabilidades não compartilhadas e as ações complementares, que constituem a rede de atenção à saúde regionalizada. A atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde são de responsabilidade não compartilhada e de responsabilidade de cada município. Assim, os estados e a União têm por obrigação apoiar os municípios para que assumam o conjunto de responsabilidades a eles conferido ³⁰ (BRASIL, 2006).

Segundo as orientações do Pacto de Gestão, as regiões podem ser classificadas em:

I. Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

²⁹ Conforme o Pacto de Gestão, “No âmbito regional, este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR” (BRASIL, 2006, p.18).

³⁰ As Regiões de Saúde são delimitadas em função de seu grau de resolutividade, com suficiência em atenção básica e parte em média complexidade. Caso esta suficiência não for atingida, faz-se necessário considerar, no planejamento regional, a estratégia para o seu estabelecimento, conjugando a definição dos investimentos. Para garantir o acesso à média e alta complexidade, as regiões devem elaborar entre si pactos inter-regionais, agregando as regiões a uma macrorregião. Assim, as estratégias de média complexidade devem ocorrer na região ou na macrorregião e estar pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com as necessidades de cada estado (BRASIL, 2006D).

- II. Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- III. Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
- IV. Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006, p. 20-21).

No item IV, o Pacto passa a detalhar o caso das regiões fronteiriças e ressalta a responsabilidade do Ministério da Saúde em promover a articulação entre os países e órgãos “na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional” (BRASIL, 2006, p. 21).

A construção do processo de Regionalização apresenta algumas etapas. Inicialmente, a participação em uma Região de Saúde depende de alguns critérios, entre eles: a) a proximidade entre os municípios; b) o respeito às semelhanças em relação aos aspectos sociais, econômicos e culturais; c) existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permitam a circulação de pessoas entre os municípios; d) incidência de fluxos assistenciais com necessidade de alteração, buscando organizar a rede de atenção à saúde. Destaca-se, ainda: a necessidade de analisar a rede de ações e serviços de saúde, incentivando para que os municípios assumam a responsabilidade pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde; que a composição dessa região possibilite certo grau de resolutividade; e que, a suficiência ou a estratégia para seu alcance esteja inserida no planejamento regional, contemplando a definição dos investimentos (BRASIL, 2006D).

Um aspecto importante, citado no Pacto pela Gestão, é em relação ao financiamento do SUS. Salienta como princípios gerais do financiamento: a) a responsabilidade das três esferas (União, Estados e municípios) pelo financiamento do SUS; b) a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais; c) o repasse fundo a fundo; d) o financiamento do custeio com recursos federais, atendendo às especificidades e prioridades. Deste modo, o financiamento dos recursos para custeio das ações e serviços foi alocado em cinco Blocos, a citar: a) a atenção básica; b) a atenção de média e alta complexidade; c) à Vigilância em Saúde; d) à Assistência Farmacêutica; e e) a Gestão do SUS (BRASIL, 2006D).

O primeiro bloco, é responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, e os recursos federais passam a constituir o Bloco Financeiro da Atenção Básica sob dois componentes: o

Piso da Atenção Básica (PAB) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB - Variável)³¹. Há também, a compensação de especificidades regionais, que se caracteriza como um tipo de financiamento com recursos destinados às CIB's. Assim, a CIB definirá a utilização dos recursos de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidades, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e indicadores de resultados (BRASIL, 2006D).

O segundo bloco, constitui o financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade. São recursos destinados ao custeio de determinados procedimentos, a citar: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), de transplantes, de ações estratégicas emergenciais de caráter temporário, e para novos procedimentos, como, por exemplo, a cobertura financeira por determinado período de tempo, quando inclusos novos procedimentos (BRASIL, 2006D).

O terceiro bloco, corresponde ao financiamento para a Vigilância em Saúde. Esses recursos fazem parte do Limite Financeiro de Vigilância em Saúde na esfera municipal, estadual e federal, e incorpora as ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Tais recursos têm a seguinte finalidade: 1) o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde em municípios e estados; 2) para campanhas de vacinação; 3) para incentivo do Programa DST/AIDS (BRASIL, 2006D).

O quarto bloco, consiste no financiamento da assistência farmacêutica. Trata da aquisição de medicamentos e insumos, da organização das ações de assistência farmacêutica, de acordo com a organização dos serviços de saúde. Esse financiamento organiza-se em três perspectivas: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional. Observa-se que o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os programas estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Isto é, reúnem ações para o controle de endemias³²- como Tuberculose, Hanseníase, Malária, *Leishmaniose*, Chagas e outras doenças de abrangência nacional ou regional -, o Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais), o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, Imunobiológicos e Insulina.

O último bloco, diz respeito ao financiamento para a Gestão do SUS. Esse Bloco destina-se ao custeio de ações voltadas à organização dos serviços de saúde e ao acesso da popula-

³¹ O PAB corresponde a recursos financeiros para custear ações de atenção básica à saúde. Esses recursos são transferidos regular e automaticamente, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal. Já o PAB – Variável, diz respeito aos recursos para custear estratégias no âmbito da atenção básica à saúde, entre elas saúde da família, agentes comunitários de saúde, saúde bucal, compensação de especificidades regionais, o fator de incentivo da atenção básica aos povos indígenas e à saúde no sistema penitenciário (BRASIL, 2006D).

³² Doenças que existem constantemente em determinado lugar e ataca as pessoas que aí vivem.

ção e aplicação dos recursos financeiros do SUS. Procura apoiar ações para o fortalecimento da gestão, partindo de alguns elementos: a) regulação, controle, avaliação e auditoria; b) planejamento e orçamento; c) programação; d) regionalização; e) participação e controle social; f) gestão do trabalho; g) educação em saúde; h) incentivo à implementação de políticas específicas.

Verifica-se que o Pacto prevê, ainda, orientações para sua implementação, definindo as responsabilidades das três esferas de governo. Com isso, o âmbito municipal torna-se o responsável direto pela integralidade da atenção à saúde de sua população, contando com o apoio do Estado e da União. Para a gestão estadual, as responsabilidades estabelecidas são no sentido de apoiar os municípios, Distrito Federal e União, buscando a integralidade da atenção à saúde da população. Compete, também, à esfera estadual a formulação e implementação de políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação. Na gestão do SUS, o Estado é responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação da implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso (BRASIL, 2006D).

Nos níveis federal, estadual e municipal, a direção do SUS é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde. A articulação entre os gestores, em cada nível do sistema ocorre, preferencialmente, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)³³, que visam condensar interesses sobre a organização, direção e gestão da saúde. As decisões que resultam destas instâncias serão sempre tomadas por consenso (BRASIL, 2006D).

2.2 Iniciativas na Região de Fronteira

Tendo em vista ser a fronteira com o Mercosul o local escolhido para a realização da pesquisa, faz-se necessário resgatar algumas das iniciativas que vem ocorrendo desde a criação do Mercosul, com a finalidade de regular a proteção social aos usuários residentes em regiões fronteiriças. Destaca-se, neste item, alguns pactos, normativas, leis, decretos entre outros, firmados durante os dezessete anos de existência do Mercosul. Vale ressaltar que, se

³³ A CIT é composta de forma paritária, por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Já a CIB, é composta paritariamente e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente, é um espaço de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS (BRASIL, 2006D).

trata de um breve resgate das iniciativas, já estabelecidas e em andamento, isto é, não se pretende, neste momento, aprofundar a discussão.

Com o Mercosul³⁴ ou a assinatura do Tratado de Assunção em 1991, ocorreu um intenso processo de barganha por interesses entre os países participantes. Verifica-se que a partir dele outros acordos foram consolidados, tornando constante e recíproca a cooperação em diversos aspectos, com ênfase para a integração econômica e de mercado. Embora, nos dias atuais, a cooperação ainda esteja centrada, prioritariamente, no aspecto econômico, frente à tais acordos surgem possibilidades e perspectivas de que os olhares dos representantes se voltem para o desenvolvimento social da região, mencionado ainda de maneira bastante tímida.

O Tratado contou, inicialmente, com o princípio da integração regional dos países membros, para promover o desenvolvimento regional de maneira efetiva. Em torno da questão, foram surgindo diversas discussões visando à busca por ações conjuntas entre os países para um processo de integração mais efetivo. Assim, percebeu-se que as ações e políticas conjuntas precisavam, também, se concentrar nas áreas sociais, e não apenas no campo econômico, como até então ocorria.

Nessa direção, Pereira (2000) menciona que os propósitos e princípios norteadores do Mercosul limitam-se a enfatizar o desenvolvimento econômico, sem mencionar uma política social mais efetiva para a região. Segundo o autor, nos 24 artigos do Tratado, em nenhum deles são cogitadas as questões sociais, principalmente, quanto à livre circulação de trabalhadores migrantes e à não-discriminação de toda e qualquer forma. Destaca-se que a falta de uma política econômica e social equilibrada poderá transformar os países membros do Mercosul em um aglomerado de cidadãos, unidos apenas pelo laço da miséria, da desesperança e da marginalização (PEREIRA, 2000).

O Mercosul representou, inicialmente, um novo marco referencial para a América Latina. A partir de sua criação, foram assinados acordos bilaterais afim de consolidar as relações entre os países, facilitando as transações comerciais e outros assuntos ligados ao desenvolvimento regional. Observa-se que passaram a ser frequentes os encontros e negociações entre governantes dos países participantes nas discussões de interesse comum.

Entre as principais iniciativas estabelecidas no âmbito dos direitos sociais e trabalhistas desde a criação do Mercosul, estão as seguintes: a) o Acordo Multilateral de

³⁴ Países que assinaram o Tratado de Assunção em 26/03/1991: a República da Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Nos dias atuais cinco países são Estados associados do Mercosul: Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru. A Venezuela passou em 2006 à categoria de Estado - parte.

Seguridade Social no Mercado Comum do Sul em 1996; b) o Regulamento Administrativo para Aplicação do Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul, também em 1996; c) a Declaração Sócio - Laboral do Mercosul, assinada em 1998; d) o Regulamento interno da Comissão Sócio - Laboral, de 2000 (NOGUEIRA, 2001).

Uma iniciativa anterior ao Mercosul merece destaque, pois resultou na criação da Lei do Estrangeiro em 1980. Esta Lei, em âmbito federal, apresentou algumas alterações em relação ao tratamento dos estrangeiros, propondo que “qualquer estrangeiro poderá, satisfeitas as condições desta Lei, entrar e permanecer no Brasil e dele sair, resguardados os interesses nacionais” (BRASIL, 1980, s/p). Para fins desta Lei, as condições de fronteira incluem, em seu cotidiano, migrações e passagens temporárias, e ao estrangeiro que residir no Brasil, seriam garantidos todos os direitos previstos para seus cidadãos. Nota-se, que a proteção social entende-se que a todos os estrangeiros residentes e aos que estiverem de passagem, é garantido o acesso aos serviços de saúde e à assistência (BRASIL, 1980).

Das iniciativas estabelecidas pós Mercosul, Nogueira (2001) menciona que no Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul, a concepção de Seguridade Social ainda limita-se a incluir apenas a proteção à saúde, à reabilitação profissional e a aposentadoria para os trabalhadores do setor formal da economia. Isto é, dispõe, unicamente, sobre as prestações de saúde, no sentido de prevenir, conservar, restabelecer a saúde ou reabilitar profissionalmente o trabalhador, nos termos das legislações nacionais (NOGUEIRA, 2001).

Nogueira (2001) enfatiza que, se em âmbito nacional a Seguridade Social já apresenta características e desafios próprios, no contexto do Mercosul essas dificuldades apresentam-se de forma ainda mais ampla. Isso se deve, pois as primeiras normas de proteção social no Mercosul só foram firmadas em 1996 e não ultrapassaram a garantia de direitos essenciais aos trabalhadores, já determinados em Declarações da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A Declaração Sócio - Laboral do Mercosul de 1998, foi criada para ampliar as garantias presentes no Acordo Multilateral de Seguridade Social, em relação à garantia de certos direitos individuais e coletivos, que extrapolam a proteção trabalhista, mesmo que faça menção somente ao trabalhador e sua família. Deste modo, a Declaração ressalta, inicialmente, a não discriminação e à garantia, aos trabalhadores, de igualdade de direitos, de tratamento, de oportunidades no emprego, sem distinção ou exclusão por qualquer motivo – raça, nacionalidade, cor, sexo ou orientação sexual, idade, credo, opinião política, ideologia, posição econômica - ou condição social ou familiar (BRASIL, 1998).

Aos trabalhadores migrantes e fronteiriços, a Declaração apresenta algumas garantias. Assim, são assegurados, aos trabalhadores migrantes, independentemente de nacionalidade, os direitos à “ajuda, informação, proteção e igualdade de direitos e condições de trabalho reconhecidos aos nacionais do país em que estiver exercendo suas atividades, em conformidade com a legislação profissional de cada país”. Por conseguinte, cada um dos países assinantes da Declaração se comprometeram a adotar medidas que estabelecessem normas e procedimentos comuns, relativos à circulação dos trabalhadores em regiões fronteiriças, e a desenvolver ações para a melhoria das oportunidades de emprego e das condições de trabalho e vida destes trabalhadores (BRASIL, 1998, s/p).

De acordo com Matioli (2003), diante da inexistência de qualquer acordo entre os países-membros, que tratam dos critérios para a solução de problemas em função dos deslocamentos intracomunitários, defesa dos Direitos Humanos e sociais, iniciou-se uma reestruturação interna dos países face à questão. Sabe-se que a questão da livre circulação de trabalhadores não consta, de maneira explícita, entre as normas que instituíram inicialmente o Mercosul. O autor salienta que, o direito de livre circulação de trabalhadores está fundamentado no princípio da não-discriminação, que comporta a igualdade de tratamento entre todos os trabalhadores no âmbito do Mercosul, promovendo a superação de toda e qualquer forma de discriminação, quanto aos trabalhadores estrangeiros, face aos trabalhadores nacionais (MATIOLLI, 2003).

Entre as propostas sobre garantia de direitos, em âmbito regional, pretendeu-se a adoção de uma Carta Social do Mercosul, que incluiria também os direitos dos trabalhadores. Essa Carta Social foi compreendida como a forma mais adequada de harmonização das legislações. Enfim, em 1993, os trabalhadores da região apresentaram aos Presidentes dos países - membros um projeto de Carta Social, firmado pelas seguintes instituições: Confederação Geral do Trabalho da Argentina; Central Única dos Trabalhadores, do Brasil; Confederação Geral dos Trabalhadores, do Brasil; Força Sindical, do Brasil; Central Única dos Trabalhadores, do Paraguai e, Plenário Intersindical de Trabalhadores, do Uruguai. Verifica-se que os princípios e demandas mencionadas na Carta foram incorporadas, parcialmente, nas resoluções e normativas sub-seqüentes (MATIOLLI, 2003).

No caso brasileiro, para dar maior intensidade ao processo de integração, foi criado, em 1992, o Ministério da Integração Regional (MIR), para atender as necessidades advindas das regiões fronteiriças. Entre as competências atribuídas ao Ministério estavam o planejamento e execução dos programas e projetos de integração regional, de desenvolvimento urbano, de relação com Estados e municípios, de irrigação e defesa civil.

Foram também vinculados ao Ministério os Conselhos Deliberativos do Fundo Constitucional de Financiamento do Centro-Oeste, a Secretaria de Relações com Municípios, Estados e Distrito Federal, Secretaria de Desenvolvimento Regional, Secretaria de Desenvolvimento Urbano, Secretaria de Irrigação, Secretaria de Áreas Metropolitanas, Secretaria de Desenvolvimento do Centro-Oeste e Secretaria de Desenvolvimento da Região Sul (BRASIL, 2004C).

As demais competências atribuídas ao Ministério da Integração Regional (MIR), foram:

a) a formulação e condução da política de desenvolvimento nacional integrada; b) formulação dos planos e programas regionais de desenvolvimento; c) o estabelecimento de estratégias de integração das economias regionais; d) estabelecimento das diretrizes e prioridades na aplicação dos recursos dos programas de financiamento; e) estabelecimento das diretrizes e prioridades na aplicação dos recursos do Fundo de Desenvolvimento da Amazônia e do Fundo de Desenvolvimento do Nordeste; f) estabelecimento de normas para cumprimento dos programas de financiamento dos fundos constitucionais e das programações orçamentárias dos fundos de investimentos regionais; g) acompanhamento e avaliação dos programas integrados de desenvolvimento nacional; h) defesa civil; i) obras contra as secas e de infra-estrutura hídrica; j) formulação e condução da política nacional de irrigação; k) ordenação territorial; l) obras públicas em faixas de fronteiras (BRASIL, 2004C).

Em 2002, foi criado o Programa Grande Fronteira do Mercosul³⁵. Sua proposta contemplava, inicialmente, os municípios brasileiros dos Estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, do Paraná e do Mato Grosso do Sul, “cujas sedes estejam localizadas na faixa de até 450 km (quatrocentos e cinquenta quilômetros) de largura ao longo da fronteira do Brasil com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai” (BRASIL, 2002).

Programa apresentava como objetivos: a) promover a fixação do homem no campo e desestimular o êxodo rural, fortalecendo a agricultura familiar, com os princípios do cooperativismo e o associativismo econômico; b) estimular o desenvolvimento econômico e social da área de abrangência, bem como, inserí-la ao Mercosul e à competição internacional; c) estabelecer modelos de desenvolvimento sustentável, em que serão levadas em conta às vocações econômicas, às características naturais, e às potencialidades da região de abrangência; d) seleção dos pólos de desenvolvimento, para articular recursos públicos e

³⁵ Lei Federal nº. 10.466 de 2002.

privados. Com isso, a região de fronteira é compreendida como um espaço singular em que se unem diversas formas de vida e que ali emergem diversas necessidades (BRASIL, 2002).

Uma das iniciativas mais recentes, em âmbito federal, foi a criação do Programa de Desenvolvimento Social na Faixa de Fronteira. Esse programa pretende contribuir para o desenvolvimento social na faixa de fronteira, abrangendo cento e cinquenta (150) metros de largura ao longo da fronteira brasileira, procurando ocupá-la e utilizá-la conjugando sua “importância territorial estratégica e criando condições para que a população que vive nesta faixa territorial não seja obrigada a buscar melhores condições de vida nos grandes centros” (BRASIL, 2004E). Conforme o Ministério, para atingir esse objetivo, serão necessários investimentos em ações como, por exemplo, educação, saúde e assistência social, para garantir sua efetiva realização. Destaca-se, entre as ações principais, estudos dos problemas e demandas da região fronteira e a execução de obras civis na faixa de fronteira.

Observa-se, ainda, a constituição de fóruns de discussão ao longo do processo de integração. Entre eles, cita-se o Conselho do Mercado Comum, que conta com a participação de representantes dos países, com discussões relacionadas ao desenvolvimento regional, social e político. Esse Conselho debate questões referentes à integração fronteira, orientando para que os países - membros identifiquem suas áreas prioritárias. Em seus encontros, são discutidas as prioridades de cada região fronteira, mas ressalta-se que suas proposições e sugestões ainda não fazem parte dos programas políticos oficiais, embora se reconheça o movimento liderado por forças sindicais no sentido de implementá-las (BRASIL, 2003).

Nota-se, que as questões sociais e de cooperação, no campo dos sistemas de saúde, de maneira especial, têm sido incorporados à agenda política governamental da região de forma progressiva. No caso da saúde, o tema passou a ser discutido em dois fóruns específicos: a Reunião de Ministros de Saúde criada em 1995 e no Sub Grupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde), criado em 1996. Nas duas estruturas os debates se voltam para temas prioritários relacionados, sobretudo, à liberdade de circulação. Os consensos entre os participantes se expressam em acordos e sua regulamentação é incorporada pelos Estados - partes (GUIMARÃES, 2005).

O SGT 11³⁶ - Saúde no Mercosul, promove o debate e indica o que vem sendo pensado e realizado em saúde para a região de fronteira. Em suas reuniões, os representantes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai apresentam as políticas de saúde de seus respectivos países, e procuram estabelecer mecanismos de integração das ações conjuntas, a partir da troca de informações (BRASIL, 2003D).

Entre as iniciativas e ações do SGT 11, foi proposta a criação de um Consórcio Mercosul - Saúde, tendo em vista a organização da atenção à saúde nas regiões de fronteira, envolvendo instâncias federais, estaduais e municipais. Mas observa-se que, a quase totalidade dos países participantes, até os dias atuais, não se responsabilizou por tais iniciativas e a proposta não entrou em vigor. Constata-se, que as discussões sobre a integração e, sobretudo, no caso da saúde, estão sendo escritas nas agendas das comissões responsáveis e vem conquistando mais espaço a cada encontro. Em termos de Mercosul, o que vem ocorrendo é uma expressiva iniciativa, por parte do Brasil, em traçar mecanismos de ação em relação às questões sociais, sempre relegadas a um segundo plano.

Os dois fóruns de discussão têm suas atividades direcionadas à negociação entre os países afim de subsidiar a harmonização de normas que auxiliem a circulação de produtos e serviços. Nota-se, que a inclusão de temas relacionados à saúde vem ocorrendo gradativamente, e predominam as áreas de vigilâncias sanitária e epidemiológica, mais relacionados à circulação de produtos e a ações de saúde pública. Recentemente, tem-se destacado a circulação de profissionais de saúde, indicando a preocupação com a regulação do mercado de trabalho e a formação para a área (GIOVANELLA et al., 2007).

Em 2006, foi aprovada na Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul uma proposta de Cooperação Técnica Internacional. Essa cooperação tem a finalidade de identificar as estratégias para uma intervenção mais efetiva em saúde nas fronteiras, “por meio de análises, desenvolvimento e sistematização das mesmas, de maneira a contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde integrando ações de saúde das fronteiras dos Estados partes do Mercosul” (GUIMARÃES, 2005, p. 250).

Outro documento relevante para o Mercosul, foi o Programa de Trabalho 2004-2006, o qual procurava estabelecer garantias para consolidação da União Aduaneira. O programa

³⁶ Entre as determinações do Tratado de Assunção consta que o Grupo Mercado Comum deve ser constituído por subgrupos de trabalho a citar: *Subgrupo 1*: Comunicações; *Subgrupo 2*: Aspectos Institucionais; *Subgrupo 3*: Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade; *Subgrupo 4*: Assuntos Financeiros; *Subgrupo 5*: Transportes; *Subgrupo 6*: Meio Ambiente; *Subgrupo 7*: Indústria; *Subgrupo 8*: Agricultura; *Subgrupo 9*: Energia e Mineração; *Subgrupo 10*: Assuntos Trabalhistas, Emprego e Segurança Social; *Subgrupo 11*: Saúde; *Subgrupo 12*: Investimentos; *Subgrupo 13*: Comércio Eletrônico; e *Subgrupo 14*: Acomp. Da Conjuntura Econômica e Comercial.

contou com quatro vertentes: 1) o Programa Político, Social e Cultural; 2) o Programa da União Aduaneira; 3) o Programa de Bases para o Mercado Comum; 4) o Programa da Nova Integração e Decisões sobre Tratamento de Assimetrias. Em suas discussões abordava temas como a integração fronteiriça, o Mercosul social e a participação da sociedade civil, com o intercâmbio de experiências, a circulação de mão de obra, a promoção de direitos aos trabalhadores e o respeito aos direitos humanos. Seu objetivo inicial foi colocar em prática as ações planejadas para regiões de fronteira, envolvendo questões que dizem respeito à integração regional, a livre circulação, a prestação de serviços através de um convênio ou um acordo mais geral, isto é, fatores determinantes para o bem-estar da população fronteiriça (BRASIL, 2003B).

Recentemente, foi assinado o acordo sobre localidades fronteiriças vinculadas, entre os governos brasileiro e argentino. Esse acordo pretende promover uma maior integração das comunidades fronteiriças, melhorando a qualidade de vida de suas populações, preservando a história comum dos países. Simultaneamente, visa desenvolver ações que facilitam a convivência nas localidades fronteiriças, estimulando a integração em aspectos econômicos, de trânsito, de regime trabalhista e de acesso aos serviços sociais públicos. Assim, a Carteira de Trânsito será fornecida pelas autoridades competentes de cada país³⁷, e nela estarão informações sobre o local de residência, sempre de acordo com os limites propostos no Acordo, e os locais que será possível exercer os direitos ali contemplados. A carteira terá validade de cinco (05) anos, prorrogável pelo mesmo período, podendo ao final do prazo ser concedida por tempo indeterminado (BRASIL, 2006E).

O acordo beneficia, tanto brasileiros, quanto argentinos, que residem em ambos os países, desde que, titulares da carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço. As áreas de fronteiras ou Localidades Fronteiriças Vinculadas beneficiadas foram: a) Foz do Iguaçu – *Puerto Iguazú*; b) Capanema – *Andresito*; c) Barracão / Dionísio Cerqueira – *Bernardo de Irigoyen*; d) Porto Mauá – *Alba Posse*; e) Porto Xavier – *San Javier*; f) São Borja – *Santo Tomé*; g) Itaqui – *Alvear*; h) Uruguaiana – *Paso de los Libres*; i) Barra do Quaraí – *Monte Caseros* (BRASIL, 2006E).

Aos portadores da Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço serão concedidos direitos em relação a:

- a) Exercício de trabalho, ofício ou profissão de acordo com as leis destinadas aos nacionais da Parte onde é desenvolvida a atividade, inclusive no que se

³⁷ Neste caso, sua emissão compete: a) no Brasil, ao Departamento da Polícia Federal; e b) na Argentina, ao Departamento Nacional de Migrações.

refere aos requisitos de formação e exercício profissional, gozando de iguais direitos trabalhistas e previdenciários e cumprindo as mesmas obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias que delas emanam;

- b) Acesso ao ensino público em condições de gratuidade e reciprocidade;
- c) Atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade;
- d) Acesso ao regime de comércio fronteiriço de mercadorias ou produtos de subsistência, segundo as normas específicas que constam no Anexo II;
- e) Quaisquer outros direitos que as Partes acordem conceder (BRASIL, 2006E, s/p).

Algumas áreas, consideradas prioritárias na cooperação entre os dois países, também foram mencionadas, entre elas a saúde. A proposta enfatiza que instituições públicas de prevenção e combate a doenças, vigilância epidemiológica e sanitária dos países participantes, devem colaborar na realização de ações conjuntas em localidades fronteiriças vinculadas. Tais ações serão desenvolvidas de acordo com normas e procedimentos acordados ou, com as respectivas legislações nacionais (BRASIL, 2006E).

O Acordo sugere, ainda, que os países participantes devem promover a cooperação de forma educativa entre as localidades fronteiriças, contando com o intercâmbio de docentes, alunos e materiais educativos. Além disso, algumas matérias entre elas História e Geografia deverão ser oferecidas tendo em vista possibilitar uma maior compreensão da perspectiva regional e de integração. No ensino destas duas matérias, propõe-se que sejam enfatizados aspectos comuns entre as localidades, enfatizando fatos historicamente positivos que favoreceram o processo de assimetrias entre os povos que residem na fronteira, contemplando uma visão de vizinho como parte de uma mesma comunidade (BRASIL, 2006E).

Destaca-se, nessa direção, a elaboração de um Plano de Desenvolvimento Urbano Conjunto, que abrange ações conjuntas entre as comunidades fronteiriças vinculadas, em sua elaboração e execução. Entre seus objetivos estão: a) a integração das cidades, quanto aos aspectos de infra-estrutura, serviços e equipamentos; b) o planejamento de sua expansão; c) a conservação e recuperação de seus espaços naturais e áreas de uso público; e d) o fortalecimento de sua identidade cultural comum (BRASIL, 2006E).

De acordo com Guimarães (2004), entre as iniciativas em andamento na região de fronteira, cita-se o estudo realizado sobre a Tríplice Fronteira Brasil, Argentina e Paraguai pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2002. No estudo, os indicadores mostram que as iniquidades sócio-econômicas verificadas na região têm dificultado a sustentação de propostas que tenham em visam o ressarcimento por ações e serviços entre os países.

Esse estudo da OPAS sinaliza a necessidade de se estabelecer um marco político comum para ações, tanto nos níveis regionais, quanto nos locais, com indicações para prioridades sanitárias e mecanismos de financiamento. Tais iniciativas de ações devem contemplar uma revisão das coberturas programáticas e sistemáticas de articulação em rede. Além disso, devem incorporar indicadores de eficácia e eficiência do sistema de saúde, afim de otimizar os recursos já existentes, considerando a situação de fronteira (GUIMARÃES, 2004).

Outra iniciativa relevante, foi a criação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira do Brasil - Uruguai. Esta Comissão atua na região fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e Uruguai, e desenvolve projetos em áreas prioritárias conjuntamente com o GT³⁸ da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual e dos municípios (GUIMARÃES, 2004).

Constata-se, também, a criação dos Comitês de Fronteiras que se configuram como instâncias de participação social e espaço de articulação entre autoridades locais e outros níveis de governo. Os Comitês foram criados a partir da necessidade de debater sobre as prioridades entre os países da fronteira. No caso específico da saúde, foi instituído um Grupo Assessor no lado brasileiro, para fortalecer as ações e a implementação dos Comitês de Fronteira (BRASIL, 2004D).

Entre as competências do Grupo Assessor está o levantamento da situação de saúde da população, com a proposição de mecanismos que dinamizem a troca de informações em saúde. O Grupo também deverá propor estratégias de ação, elaboração, avaliação e acompanhamento de planos de trabalho, implementando programas de treinamento e capacitação de recursos humanos, entre ambos os países, bem como, assessorar a elaboração e implementação de Projetos de Cooperação, promovendo o intercâmbio e a discussão dos sistemas de saúde dos países (BRASIL, 2004G).

As iniciativas de cooperação em saúde entre governos na região de fronteira, tem se mostrado como observatórios do processo de integração. Cita-se o Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na área de influência da Itaipu - GT Itaipu Saúde, criado pela empresa pública Itaipu Binacional, em 2003. Com caráter consultivo, o Grupo de Trabalho conta com a participação de representantes dos governos locais, regionais e nacionais da saúde, tanto brasileiros quanto paraguaios (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005).

³⁸ Grupo de Trabalho.

O GT Itaipu - Saúde, abrange a região da fronteira do Paraná com Paraguai, abrangendo a região próxima ao lago da Itaipu, que se estende por vinte e sete (27) municípios brasileiros e trinta e um (31) paraguaios. As discussões realizadas no Grupo de Trabalho subsidiam a direção da Itaipu nas ações desenvolvidas na região, respeitadas às políticas de cada país, procurando integrar as ações entre os países e intervir em problemas prioritários diagnosticados na região (GUIMARÃES, 2005).

O Comitê Binacional de Saúde Santana do Livramento e *Rivera* é outra iniciativa de cooperação, abrangendo as duas cidades – gêmeas, no Rio Grande do Sul e no Uruguai. Essa cooperação centrou-se, prioritariamente, em temas relacionados à saúde, à vigilância, aos direitos sexuais e reprodutivos. O Comitê procura desenvolver ações voltadas para o controle social e a promoção de atividades conjuntas nas políticas públicas entre as cidades, envolvendo a participação de segmentos institucionais e da sociedade civil frente a estas questões (GUIMARÃES, 2005).

Segundo Guimarães (2005), as duas iniciativas constituem espaços de planejamento e discussão de prioridades, reconhecendo as diferenças entre os sistemas de saúde e a integração regional, entendendo que ao aumentar os fluxos, são necessárias novas articulações e estratégias na saúde para a efetivação de programas e políticas públicas. A autora ressalta que, estes espaços foram se consolidando frente aos desafios de implantar prioridades nacionais no território de fronteiras. Enfatiza, ainda, que tais iniciativas promoveram a participação e o debate mais intenso, sobre os caminhos da integração regional e das questões de saúde nessa região.

Em ambas as iniciativas, foi possível verificar os reflexos de seus impactos nos sistemas de saúde e nas distintas políticas sociais dos países. De acordo com Guimarães (2005), são diversos os problemas que entravam a realização das ações em saúde, entre eles: a) a falta de informação em saúde; b) de recursos humanos; c) de atendimento à população flutuante; d) a atenção primária; e) o saneamento básico; f) a falta atenção aos grupos específicos como mulher, criança, comunidades indígenas; g) falta de medicamentos e insumos; de leitos hospitalares; h) de acesso aos serviços de média complexidade e de articulação interinstitucional (GUIMARÃES, 2005).

Em suas análises, Guimarães (2004) descreve algumas ações que vem sendo desenvolvidas nas agendas nas fronteiras do Rio Grande do Sul e do Paraná. São elas: a) iniciativas de capacitação conjunta de recursos humanos; b) ações que visam a melhoria da qualidade das informações na fronteira; c) promoção de campanhas e eventos conjuntos; d) construção de propostas de ações conjuntas para agravos comuns; e) articulação entre

instituições e a sociedade; f) integração da rede assistencial; g) qualificação da gestão dos sistemas de saúde; h) intercâmbio de modelos e políticas.

Recentemente, deu-se a criação do Projeto Sistema de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras)³⁹. O projeto buscou formalizar o processo de integração entre os sistemas, das ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, partindo do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários na região. Para sua implantação estão previstas três fases de desenvolvimento, que também correspondem ao repasse de recursos financeiros aos municípios que aderirem ao projeto (BRASIL, 2005).

A idéia central do SIS - Fronteiras é promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços⁴⁰. Pretende estimular o planejamento e a implantação de ações e acordos entre os países que compartilham fronteiras, por meio de um diagnóstico da situação de saúde destas regiões. Para isso, ressalta a necessidade de mensurar alguns aspectos, entre eles: a) aspectos sócio-econômicos; b) aspectos geográficos; c) aspectos epidemiológicos, sanitários, ambientais e d) aspectos assistenciais. Esse projeto abrange inicialmente cento e vinte um (121) municípios da faixa de fronteira do brasileira⁴¹.

Com esse projeto novos atores políticos foram chamados a participar do processo de integração. Foram também estabelecidos convênios com centros de ensino e pesquisa, com a finalidade de assessorar a realização do diagnóstico local, atividade principal da primeira fase do projeto (BRASIL, 2005).

³⁹ Aprovado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em junho de 2005, através das Portarias GM 1120/2005 e GM 1122/2005.

⁴⁰ A linha de fronteira brasileira engloba 11 estados da federação, que por sua vez são limítrofes com 10 países da América do Sul. Os Estados brasileiros que fazem fronteira com países do Mercosul são: Amapá - Guiana Francesa; Pará - Guiana Francesa e Suriname; Roraima - Venezuela e Guiana; Amazonas - Peru, Colômbia e Venezuela; Acre - Bolívia e Peru; Rondônia - Bolívia; Mato Grosso - Bolívia; Mato Grosso do Sul - Paraguai e Bolívia; Paraná - Paraguai e Argentina; Santa Catarina - Argentina; Rio Grande do Sul - Uruguai e a Argentina (BRASIL, 2005).

⁴¹ Sua implantação ocorrerá em duas etapas: a) a primeira contempla os municípios nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul; a segunda abrangerá cinquenta e dois municípios nos estados do Mato Grosso, Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Amapá e Pará (BRASIL, 2006B).

CAPÍTULO – III

3. CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Apresentamos, neste capítulo, os procedimentos metodológicos utilizados, considerando-se o princípio da descentralização e os eixos que nortearam a coleta de dados e as informações.

3.1 Procedimentos Metodológicos

O estudo que ora apresentamos, caracteriza-se como um tipo de avaliação de políticas públicas, situando-se não como uma avaliação de programas, mas como uma avaliação de padrões institucionais. Alguns especialistas⁴² consideram a avaliação de políticas - de padrões institucionais e programas sociais - um método estratégico e indispensável para o aprimoramento das políticas públicas.

De acordo com Rico (2001), as principais características deste tipo de avaliação são a procura por transparência das ações públicas, democratizando o Estado e a sociedade civil, a busca por conhecer as políticas, a necessidade de melhorar as políticas e a ação do Estado, além de indicar, sugerir e propor modificações na formulação, implementação e nos resultados de tais políticas (RICO, 2001).

Existem, segundo Arretche (2001), algumas tendências no estudo sobre avaliação. Para a autora é necessário fazer uma distinção entre as tendências mais utilizadas, a citar: avaliação política e a análise de políticas públicas. Na primeira, a avaliação política, caracteriza-se como a análise ou explicação do critério fundante de uma determinada política, isto é, as razões pelas quais foi escolhida. Neste caso, a avaliação política pode realçar o caráter político do processo de decisão e, simultaneamente, indicar critérios e valores políticos nela contidos.

Na análise de políticas públicas, Arretche (2001) sinaliza que este tipo de avaliação compreende um exame da engenharia institucional e também das características apresentadas

⁴² Entre os principais estão: Arretche (2001), Barreira e Carvalho (2001), Castro (1989), Draibe (2001), Faria (1998), Faria (2005), UNICAMP (2002), Nogueira (2002), Rico (2001), Silva e Silva (2001).

pelos programas. Este tipo de análise busca reconstituir suas diversas características, para apreendê-las em um todo coerente e compreensível.

Entre os autores que escrevem sobre a análise de políticas públicas, destacam-se as reflexões teóricas de Frey (2000), que apresenta diversas contribuições para a temática. O autor discute em seu estudo alguns conceitos importantes, e destaca os aportes da perspectiva neo-institucionalista e da análise de estilos políticos para o campo de investigação da Ciência Política. São apresentadas, por ele, três abordagens teórico-metodológicas para a análise de políticas públicas: a “*policy analysis*”⁴³, o neo - institucionalismo e a análise de estilos políticos. A proposta que ora apresentamos, se apóia na abordagem neo-institucionalista, por se caracterizar como uma perspectiva mais abrangente no estudo das políticas públicas.

A coleta de dados se consistiu, inicialmente, na elaboração de um instrumento para aferir o nível de institucionalidade dos municípios na região pesquisada. Assim, buscou-se caracterizar as variáveis de contexto, relacionadas à natureza dos sistemas municipais de saúde em uma perspectiva de suas dinâmicas funcionais, dando conta de atender às suas funções precípuas. Trata-se, por conseguinte, de variáveis que correspondem a organização político - administrativa, ao grau de centralização decisória, aos critérios de cobertura e as modalidades de ofertas de serviços. Como conclusão desta primeira etapa, foi possível o desdobramento das variáveis em indicadores que orientaram a coleta das informações.

3.1.1 Construção dos indicadores

Para a construção dos indicadores de análise, considerou-se a diretriz da descentralização do SUS para fins de aproximação aos objetivos propostos no estudo. Tal diretriz, detalhada na Lei nº. 8.080 e na NOAS 2002, aprofunda e reorienta a implementação do SUS em seus variados níveis. Estas normativas foram utilizadas como referência para a construção dos indicadores e para a obtenção dos dados empíricos. Os indicadores construídos a partir da diretriz descentralização foram expressos em três eixos de análise, a citar: a) eixo organização do sistema; b) eixo gestão dos serviços e c) eixo financiamento. Trataremos de explicitar alguns elementos que subsidiaram a elaboração dos indicadores para o estudo.

⁴³ A abordagem da “*policy analysis*” analisa a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política com o arcabouço dos questionamentos tradicionais da ciência política (FREY, 2000, p. 214).

a) Eixo Organização do Sistema

O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado com a finalidade de contemplar o princípio da descentralização político - administrativa com direção única, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na organização de forma regionalizada e hierarquizada da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente. Portanto, o comando único em cada esfera de governo ocorre da seguinte forma: a) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; b) no âmbito estadual e do Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde ou instância equivalente; c) no âmbito municipal, pela Secretaria de Saúde.

A NOB 1996 promoveu e consolidou o exercício da função de gestor da atenção à saúde, sobretudo, por parte dos municípios e do Distrito Federal, contando com a redefinição das responsabilidades em cada esfera de governo, afim de consolidar as diretrizes propostas na Lei nº. 8.080.

Com essa NOB, passam a ser compreendidos três campos para a atenção à saúde. O primeiro, compreende o “campo da assistência”, de maneira que as atividades devam contemplar as pessoas, seja individual ou coletivamente, prestada na esfera ambulatorial e hospitalar, especialmente no domiciliar. O segundo campo, o das “intervenções ambientais”, inclui as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, controle de vetores e hospedeiros e operando o sistema de saneamento ambiental, estabelecido perante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros. Por fim, o campo das “políticas externas ao setor de saúde”, que intervém nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, contemplando questões relativas às políticas macroeconômicas, emprego, habitação, educação, lazer e de alimentação (NOB, 1996).

Destaca-se, na NOB, o processo de articulação entre os gestores nos diferentes níveis do SUS e que ocorre em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A referida NOB estabelece, também, a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI caracteriza-se como um instrumento que aprofunda o processo de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, destinando recursos e explicitando o pacto estabelecido entre as três esferas de governo, em relação às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia⁴⁴ e controle de doenças.

⁴⁴ Entende-se por “vigilância sanitária”, um conjunto de ações com capacidade para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários que decorrem do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: a) o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da

Essa Programação estabelece as responsabilidades de cada município na garantia de acesso aos serviços de saúde, seja pela oferta no município ou por encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas também pelo gestor estadual.

De acordo com a NOB 1996, a elaboração da PPI é feita pelos gestores municipais e posteriormente integrada às outras esferas de governo, respeitando a autonomia de cada gestor. Sua elaboração ocorre em um processo ascendente, de base municipal, configurando também, as responsabilidades do Estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Para atender aos preceitos da regionalização, os municípios devem elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR). No Plano os gestores fazem a adequação dos sistemas operacionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da: a) organização dos territórios estaduais em regiões, microrregiões e módulos assistenciais; b) adequação de redes hierarquizadas de serviços; c) estabelecendo mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, para garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, de acordo com as necessidades (NOAS, 2002).

A elaboração do PDR visa garantir o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços, o mais próximo de sua residência. Entre as ações e serviços, cita-se: a) assistência pré - natal, parto e puerpério; b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; c) cobertura do Programa Nacional de Imunizações; d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; e) tratamento das intercorrências comuns na infância; f) atendimento de afecções agudas; g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas; h) tratamento clínico e cirúrgico, nos casos de pequenas urgências ambulatoriais; i) tratamento de distúrbios mentais e psicossociais; j) controle das doenças bucais; k) fornecimento dos medicamentos da farmácia básica (NOAS, 2002).

Para a organização da assistência, em âmbito estadual, foram definidos alguns conceitos. Inicialmente, compreende-se por “região de saúde”, a base territorial para o planejamento da atenção à saúde, e esta não precisa coincidir com a divisão administrativa do Estado. Essa definição é competência da Secretaria Estadual de Saúde, que de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde estabelecidas, se adequando às

produção ao consumo; e b) o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. A “vigilância epidemiológica”, é entendida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, etc. Além disso, um Estado pode ser dividido em macrorregiões, regiões ou microrregiões de saúde, que varia de acordo com o modelo de regionalização adotado. Ressalta-se, ainda, que a menor base territorial de planejamento, seja ela uma região ou uma microrregião de saúde, pode abranger um ou mais módulos assistenciais (NOAS, 2002).

O “módulo assistencial” consiste em um módulo territorial com capacidade de resolução correspondente ao primeiro nível de referência⁴⁵, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida em cada unidade da federação. São características do módulo assistencial: a) conjunto de municípios, entre os quais um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade para oferecer o total dos serviços referentes ao primeiro nível de referência, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos; ou b) município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços constantes no primeiro nível de referência para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

Também é citado o conceito de “município-sede do módulo assistencial”. Este se caracteriza como município existente em um módulo assistencial com capacidade para ofertar a totalidade dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população, e para a população de outros municípios a ele adstritos.

O “município-pólo” corresponde ao município que, conforme a definição da estratégia de regionalização, se constitua em referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção. Por fim, a “unidade territorial de qualificação na assistência à saúde”, que representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, como definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, conforme o desenho adotado pelo Estado.

⁴⁵ Capacidade para ofertar um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com garantia de acesso a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico, e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 da NOAS 2002.

Logo, para esse primeiro eixo serão identificados para este estudo os seguintes aspectos:

- 1) Formas de incorporação das necessidades de saúde junto à Comissão Bipartite;
- 2) Pautas de negociação para elaboração PPI/ Colegiados de Gestão;
- 3) Suficiência na atenção básica;
- 4) Ações de vigilância em saúde (sanitária, ambiental e epidemiológica);
- 5) Priorização das demandas;
- 6) Mecanismos de identificação dos estrangeiros que acessam o SUS;
- 7) Coordenação e controle da organização do sistema local de saúde.

b) Eixo Gestão do Sistema

A NOB 1996 salienta a necessidade de aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a organização do Sistema, pois o município passa a ser o responsável direto pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (NOB 1996).

Com a NOB 1996, foram preconizadas duas formas de gestão para os municípios: a Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) ou a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). A habilitação ocorria de acordo com a capacidade de cada município em assumir e cumprir as responsabilidades diante da demanda da população, ao Estado e à União.

Na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), o município passou a receber, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar ações e serviços básicos, caracterizados como: a) clínica médica, pediátrica, ginecológica e cirurgia geral; b) serviços de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças; c) gerenciar as unidades básicas de saúde de seu município e d) receber recursos por habitante/ ano (NOB, 1996).

Quanto à Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o município passou a receber de forma automática os recursos financeiros para prestação de ações e serviços, no que compete a assistência ambulatorial e hospitalar. Este tipo de gestão envolve o planejamento, o controle e a avaliação, bem como, o gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares, sejam públicas ou privadas, vinculadas ao SUS (NOB, 1996).

Conforme a NOB 1996, independente de ser estatal ou privada a gerência dos estabelecimentos que prestam os serviços de saúde, a gestão do sistema municipal é

competência exclusiva do poder público. Para fins desta NOB, “gerência” é entendida como “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto fundação, etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”. Por sua vez, “gestão” é compreendida como a atividade e a responsabilidade na direção do sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), através do exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Assim, são gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, e o Ministro da Saúde, que representam os governos municipal, estadual e federal (NOB 1996).

Para os Estados, a NOB também institui duas condições de gestão. A primeira, a Gestão Avançada do Sistema Estadual, compreende algumas responsabilidades específicas como: a) a contratação, controle, auditoria e pagamento dos serviços, sob gestão estadual; b) a contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados; c) ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual; d) operação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, conforme normas do Ministério da Saúde (MS), e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. Na habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, cabe ao Estado: a) a contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB; b) operação do SIA/ SUS e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, conforme normas do Ministério da Saúde; e c) a alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

A NOAS 2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, criando mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS, assim como, atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios. A norma atualiza as condições de gestão já estabelecida na NOB 1996, enfatizando as responsabilidades, os requisitos para a habilitação aos tipos de gestão para gestores municipais e estaduais. Com isso, os municípios puderam se habilitar em duas modalidades de gestão, a citar: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, os municípios assumem algumas responsabilidades, entre elas: a) elaborar o Plano Municipal de Saúde, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde, a fim de contemplar a agenda de Saúde Municipal e o Quadro de Metas, que será acompanhado por meio dos Relatórios de Gestão; b) integração e articulação do município na rede estadual e suas responsabilidades na PPI do estado, detalhando a programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal; c) a gerência de unidades ambulatoriais, próprias e aquelas transferidas pelo Estado ou União; d) a

organização da rede de atenção básica; e) disponibilidade, com suficiência, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito na Norma⁴⁶; f) realização do cadastro nacional dos usuários do SUS, com a implantação do Cartão Nacional de Saúde; g) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB - Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES); h) desenvolver atividades relacionadas à realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS; i) operação do SIA/ SUS e do SIAB e alimentação dos bancos de dados nacionais; j) autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços; k) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão; l) realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica; m) execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); n) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas⁴⁷; o) elaborar o relatório anual de gestão com aprovação do Conselho Municipal de Saúde; p) firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado⁴⁸.

Com a implantação da NOAS 2002, algumas normativas ampliaram o acesso e a qualidade da atenção básica. Logo, foram definidas as áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: “o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal”. Assim, as ações devem ser assumidas por todos os municípios, respeitado sempre o seu perfil epidemiológico, como componente imprescindível e mínimo, para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica⁴⁹.

⁴⁶ A NOAS 2002 define como áreas de atuação mínimas, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal (maiores detalhes no ANEXO 1 da Norma).

⁴⁷ Neste caso, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras (NOAS 2002).

⁴⁸ Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação (NOAS, 2002).

⁴⁹ Portaria Gabinete Ministerial/ Ministério da Saúde n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998.

Na Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios devem assumir as seguintes responsabilidades, como: a) a elaboração do Plano Municipal de Saúde, contemplando a Agenda de Saúde Municipal e o Quadro de Metas, de acordo a nacional e estadual, com monitoramento por meio dos Relatórios de Gestão; b) a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, detalhando a programação das ações e serviços; c) a gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares; d) a gerência das unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União; e) a gestão de todo o sistema municipal, incluindo os prestadores de serviços de saúde, com comando único; f) desenvolver o cadastramento nacional dos usuários do SUS conforme a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde; g) garantir atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços definidos na PPI e no Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, bem como, a organização do encaminhamento das referências, quando os serviços não estão disponíveis em seu território; h) a integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares; i) desenvolver atividades para a realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços; j) operar o SIH e do SIA/ SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual; k) avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população sobre o meio ambiente; l) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária; m) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB; n) firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado.

A NOAS 2002 apresenta, também, a política de atenção de alta complexidade/ custo. A responsabilidade por tal política compete ao gestor federal, e são atribuídas às funções de:

- a) definição de normas nacionais; b) controle do cadastro nacional de prestadores de serviços; c) vistoria de serviços, [...] de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde; d) definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS; e) definição do elenco de procedimentos de alta complexidade; f) estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços; g) definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade; h) formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados; i) financiamento das ações.

O acesso aos procedimentos de alta complexidade é de co-responsabilidade entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados. Logo, o gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/ custo no âmbito do Estado, de maneira vinculada à política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade.

Ao gestor estadual cabe a regulação da referência intermunicipal de alta complexidade. Os municípios que dispõem dos serviços de alta complexidade/ custo em seu território, estando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem desempenhar suas funções frente à organização dos serviços de alta complexidade, assegurando o comando único em relação aos prestadores. Destaca-se ainda as funções: a) de programação das metas, tanto físicas quanto financeiras, dos prestadores de serviços procurando garantir o acesso para a sua população e à população referenciada, de acordo com a PPI e o Termo de Garantia de Acesso, assinado com o Estado; b) a realização de vistorias, sempre que necessárias; c) conduzir o processo de contratação; d) autorizar a realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos necessários; e) definição de fluxos e rotinas intra-municipais, compatibilizando-as com as estaduais; e f) o controle, a avaliação e auditoria de serviços. Cabe ao gestor municipal a regulação dos serviços de alta complexidade, quando o município estiver habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo de responsabilidade do gestor estadual nas demais situações (NOAS, 2002).

A programação da assistência de alta complexidade ocorrerá em âmbito regional ou estadual, ou em alguns casos, macrorregional. Essa programação observa as características especiais desse grupo, que deve dispor de alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios. Sendo assim, a programação prevê a referência de pacientes para outros Estados, e simultaneamente, deve reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados (NOAS, 2002).

A NOAS 2002 também define o processo de habilitação dos Estados. Com isso, os Estados podem se habilitar em duas condições: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

A Gestão Avançada do Sistema Estadual, conta com as seguintes responsabilidades: a) elaboração do Plano Estadual de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização, bem como, o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada; b) a coordenação da PPI do Estado, a referência intermunicipal e pactos negociados na CIB; c) a gerência das unidades públicas de hemonúcleos/ hemocentros e de laboratórios de referência, para controle de

qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica; d) a formulação e execução da política de sangue e hemoterapia; e) a coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, nos municípios-sede e pólos de módulos assistenciais os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso; f) a gestão dos sistemas municipais, em municípios que não estão habilitados em nenhuma das condições de gestão; g) a gestão das atividades de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), Medicamentos Excepcionais e a Central de Transplantes; h) a formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica; i) complementação de mecanismos e instrumentos de administração para oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais; j) organização e gestão do sistema estadual de controle, avaliação e regulação; k) cooperação técnica e financeira com os demais municípios, para consolidar o processo de descentralização, de organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços; l) implementar políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde; m) coordenar atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar; n) coordenar as atividades de vigilância sanitária e execução complementar, de acordo com pactuação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o) executar ações básicas de vigilância sanitária, junto aos municípios não habilitados em uma das condições de gestão; p) executar ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária; q) apoiar às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, a partir dos critérios estabelecidos pela CIT; r) operar os Sistemas Nacionais de Informação e a alimentação do banco de dados; s) coordenar o processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados (NOAS, 2002).

No segundo caso, a habilitação dos Estados na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual depende do cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

Com base no exposto, foram apontados neste eixo os seguintes aspectos para análise:

- 1) Existência de protocolos e orientações;
- 2) Existência de mecanismos de organização da demanda;
- 3) Sistemas de referências e contra-referências;
- 4) Autorização de Procedimentos de Alto Custo (exames, tratamentos, etc.);
- 5) Fornecimento de medicamentos básicos e de alto custo;

- 6) Forma de alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIAB;
- 7) Coordenação e controle das ações e dos serviços de saúde do município.

c) Eixo Financiamento

O eixo financiamento, é o terceiro e último eixo de análise proposto para este estudo. Segundo a NOB 1996, a responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços de saúde do SUS cabe às três esferas de governo, e cada uma delas deve assegurar o repasse regular de recursos ao fundo de saúde.

Nas esferas estadual e municipal, o financiamento do SUS conta com recursos oriundos da transferência por parte da União, a Estados e Municípios. Tais recursos são definidos no orçamento e identificados no Fundo Estadual e Municipal de Saúde, como recursos destinados da esfera federal ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

A NOB 1996 detalha as transferências intergovernamentais e as contrapartidas. Por conseguinte, as transferências da União para Estados e municípios, regulares ou eventuais, dependem, também, da contrapartida destes níveis de governo.

O financiamento para a saúde conta, inicialmente, com o Piso Assistencial Básico (PAB). O PAB consiste em uma quantia de recursos para custear as despesas com ações e serviços de assistência básica, em âmbito municipal. Sua definição ocorre a partir da multiplicação entre um valor *per capita* nacional, relacionados à população de cada município⁵⁰, com transferência regular e automática ao fundo de saúde ou conta específica para a saúde nos municípios. A transferências dos recursos do PAB para os estados, somente vai ocorrer nos casos em que os municípios ainda não estão habilitados em nenhuma modalidade de gestão (NOB, 1996).

As ações e serviços pagos pelo PAB, são propostos pela CIT e votados no Conselho Nacional de Saúde. A definição desse montante de recursos do PAB é feita, verificando-se quais os serviços disponíveis na maior parte dos municípios, promovendo o desenvolvimento desses serviços de maneira progressiva, para atender o princípio da integralidade da saúde. Nota-se, que o valor *per capita* nacional, destinado ao PAB, tem reajuste e periodicidade determinados pelos dados da tabela de procedimentos do Sistema de Informações

⁵⁰ Os dados demográficos, utilizados para esse cálculo, são extraídos das pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Ambulatoriais do SUS (SIA - SUS). Logo, é pré - requisito que Estados e municípios alimentem o banco de dados nacional, para que a transferência dos recursos do PAB ocorra. Caso essa alimentação não aconteça, por mais de dois meses consecutivos, os repasses serão suspensos.

A NOB 1996 específica, ainda, a necessidade de manter completo e atualizado o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), essencial para a programação e contratação de serviços assistenciais, além da realização do controle da regularidade dos faturamentos. Neste caso, compete aos gestores do SUS a responsabilidade pelo relacionamento com cada UPS, seja ela própria, contratada ou conveniada, visando a garantia de atualização constante dos dados cadastrais, junto ao banco de dados nacional. Tal banco de dados é um instrumento fundamental para as funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, cabe aos gestores estaduais e municipais a função de alimentar esse banco de dados, conforme as informações e cronogramas estabelecidos.

Para o sucesso na gestão no SUS, em todos os níveis de governo, exige-se a articulação constante das ações de programação, controle, avaliação e auditoria, a integração das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades em cada órgão gestor do sistema, bem como, a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política frente a alocação dos recursos. Para avaliar a execução das ações e serviços programados em cada esfera de governo, são elaborados Relatórios de Gestão Anual, com roteiro de elaboração definido pelo MS, pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Serão destinados recursos federais para a assistência hospitalar e ambulatorial, de acordo com o Teto Financeiro da Assistência Social (TFA), e seu repasse pode ser efetuado conforme a Transferência Regular e Automática (TRA) diretamente de fundo a fundo, e a Remuneração por Serviços Produzidos.

A TRA compreende a transferência de valores, de forma direta, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente da realização de convênio ou instrumento similar, conforme as condições de gestão estabelecidas. Esses recursos correspondem a uma ou mais situações que serão citadas a seguir⁵¹.

a) Fração Assistencial Especializada (FAE), são recursos destinados a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, de medicamentos e insumos excepcionais, órteses e

⁵¹ Destacamos que as informações foram extraídas da NOB 1996. Estão inclusas ainda: a Remuneração por serviços produzidos, a Remuneração Transitória por Serviços Prestados e os Fatores de Incentivo e Índices de Valorização.

próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que estão sob gestão do estado.

b) Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), compreende recursos destinados ao financiamento das ações assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde. São recursos transferidos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, a partir das condições de gestão do município, e destinam-se ao pagamento de serviços localizados no município.

c) Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE), consiste em uma quantidade de recursos para o financiamento das ações assistenciais de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esses valores têm transferência regular e automática, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão, descontados os valores designados para as transferências aos demais municípios do estado (por meio do PAB e do TFAM).

d) Índice de Valorização de Resultados (IVR), é um incentivo para o alcance de resultados com impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo alguns critérios estabelecidos pela CIT e pelo MS. Esse valor adicional equivale a até 2% do teto financeiro da assistência do Estado, que é transferido também de maneira regular e automática, do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde.

e) Remuneração de Internações Hospitalares, são valores destinados ao pagamento de procedimentos realizados em casos de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento de autorização e fatura de serviços. Estes valores são estabelecidos por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS).

f) Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade. São destinados ao pagamento de procedimentos ambulatoriais que integram o SIA/ SUS, definidos na CIT. Os valores são repassados de acordo com as informações do SIA/ SUS, a partir da Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), que identifica o paciente e assegura a autorização e o registro dos serviços prestados.

Também são destinados recursos, da esfera federal, para ações de vigilância sanitária, que configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS), com seus valores executados em duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos. Esse teto é composto por recursos do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA), do programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), e das Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária.

No caso das ações de epidemiologia e controle de doenças, os recursos federais são destinados no Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Os valores do TFECD podem ser executados conforme as seguintes modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo, Remuneração por Serviços Produzidos, Transferência por Convênio.

No item financiamento, a NOAS 2002, procura dar continuidade as prerrogativas contidas na NOB 1996, faz apenas algumas alterações em relação ao financiamento das ações e serviços, de acordo com a condição de habilitação de cada município.

Logo, são responsabilidades dos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, quanto ao financiamento: a) a transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária; e b) a transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, sempre que qualificado conforme as normas.

Aos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, as responsabilidades no tocante ao financiamento são as seguintes: a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB), relativo aos municípios não habilitados, nos termos da NOB 1996; b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do M1⁵² em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Para os Estados habilitados em Gestão Avançada do Sistema Estadual, cabe a responsabilidade pelo cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob a gestão estadual. Para o financiamento, é condição necessária dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios. São prerrogativas as transferências regulares e automáticas dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

A partir do exposto, pretendeu-se neste eixo analisar os seguintes aspectos:

- 1) Priorização das áreas programáticas no campo do financiamento;
- 2) Utilização dos recursos do PAB - fixo;

⁵² Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade (NOAS, 2002).

- 3) Adesão ao PAB - Variável;
- 4) Indicação de especificidades regionais;
- 5) Indicadores de resultados do sistema - existência/ alimentação do sistema;
- 6) Coordenação e controle das ações relacionadas ao financiamento do SLS.

Ressalta-se que a metodologia utilizada na construção dos eixos de análise foi inspirada em um dos trabalhos elaborados pelo Núcleo de Estudo em Políticas Públicas (NEPP) da UNICAMP, a partir do Projeto “Efetividade do desenvolvimento em saúde: experiências exitosas na América Latina e Caribe”, sob coordenação do prof. Dr. Geraldo Di-Giovanni.

3.1.2 Fontes de Coleta/ Informação

Com base nos objetivos, foram delimitados os sujeitos da pesquisa a partir de uma amostra intencional. Considerou-se sujeito de estudo o secretário municipal de saúde, dos municípios participantes das pesquisas “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”⁵³ e “Saúde nas fronteiras: um estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com os países do Mercosul”⁵⁴.

Utilizou-se como base empírica, os dados secundários constantes em dois bancos disponíveis. O primeiro, foi construído a partir das informações sistematizadas no projeto “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”, e os dados foram coletados por meio de: 1) formulários (212), em 28 municípios da linha de fronteira com mais de 10.000 habitantes; 2) entrevistas (18) com gestores e profissionais de saúde das cidades pólos de demanda; 3) relatório sobre o perfil dos municípios; 4) relatos de observação dos pesquisadores sobre os sistemas de saúde das cidades visitadas⁵⁵.

Para o estudo aqui proposto, deste banco de dados foram utilizadas apenas as entrevistas com gestores ou Secretários Municipais de Saúde (SMS). Foram utilizadas, neste primeiro banco de dados, seis (06) entrevistas com SMS, bem como, a análise dos diários de campo, elaborados por pesquisadores, e relatórios do perfil dos municípios. Assim,

⁵³ Coordenado pela Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, da Universidade Federal de Santa Catarina, concluído em 2005.

⁵⁴ Coordenado pela Professora Dra. Ligia Giovanella, da Escola Nacional de Saúde Pública, concluído em 2006.

⁵⁵ ANEXO A, roteiro de entrevista com os SMS's do projeto “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”.

totalizaram três (03) entrevistas com Secretários Municipais de Saúde no Rio Grande do Sul, uma (01) em Santa Catarina e duas (02) no Paraná.

No Rio Grande do Sul, com o Projeto “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde” foram entrevistados os Secretários Municipais de Saúde (SMS) das cidades de São Borja, Santana do Livramento e Jaguarão, nos meses de janeiro e fevereiro de 2005. A entrevista em Santa Catarina, se deu com o secretário municipal de saúde de Dionísio Cerqueira, em fevereiro de 2005. No Paraná, foram realizadas entrevistas em Foz do Iguaçu e Guairá, com os respectivos Secretários Municipais de Saúde, realizadas no mês de abril de 2005.

Esse projeto foi desenvolvido de agosto de 2003 à julho de 2005, com apoio financeiro do CNPq. As entrevistas foram realizadas com gestores de saúde e profissionais (assistentes sociais e enfermeiras) dos municípios. Contudo, de acordo com os objetivos propostos, ressalta-se que foram utilizadas apenas as entrevistas com Secretários Municipais de Saúde. A escolha por esses sujeitos se justifica, pois são eles os responsáveis diretos, em âmbito municipal, pela gestão das ações e serviços de saúde.

O segundo banco de dados, Projeto “Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul”, as entrevistas foram realizadas também nos três Estados da Região Sul, todas no mês de novembro de 2005. logo, as entrevistas analisadas no estudo foram: a) no Rio Grande do Sul, com o secretário de saúde da cidade de Santana do Livramento; b) em Santa Catarina, com o secretário municipal de saúde no município de Dionísio Cerqueira; e no Paraná, com o secretário de saúde da cidade de Foz do Iguaçu e Barracão. Contemplando entrevistas com quatro (04) gestores municipais de saúde.

O projeto foi desenvolvido de 2005 à 2007 com apoio do CNPq⁵⁶. As fontes de informação foram, além das entrevistas com secretários municipais de saúde, por meio de estudos de caso em quatro cidades brasileiras gêmeas, correspondentes aos municípios localizados na fronteira com o Uruguai, Argentina e Paraguai, mediante visitas e entrevistas com autoridades locais e gerentes de unidades de saúde brasileiras e estrangeiras. Também foram realizadas entrevistas com Secretários Estaduais de Saúde dos quatro Estados brasileiros (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul) e entrevistas, semi-estruturadas, com coordenadores nacionais do SGT 11 da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai (GIOVANELL-

⁵⁶ Esse estudo se fundamentou nas experiências e percepções de atores políticos locais, estaduais e nacionais quanto aos aspectos: a) implicações da integração regional de acordo com as políticas nacionais, regionais e locais no acesso às ações e serviços de saúde; b) às demandas nos serviços de saúde de localidades de fronteira e c) às estratégias de cooperação e acordos locais (GIOVANELLA et al, 2007).

LA et al, 2007). Novamente ressalta-se que, para atender aos objetivos propostos para este estudo utilizou-se apenas as entrevistas com secretários municipais de saúde dos municípios envolvidos na pesquisa.

Dos 58 municípios brasileiros pesquisados, 29 localizam-se no Estado do Rio Grande do Sul, sendo 18 municípios de fronteira com a Argentina e 11 de fronteira com o Uruguai; 10 municípios do Estado de Santa Catarina, fazendo fronteira com a Argentina; 19 municípios do Estado do Paraná, sendo 08 de fronteira com Argentina e 11 com Paraguai.

Os dois bancos de dados aportaram grande parte das informações para essa proposta de estudo. Contudo, alguns indicadores propostos não foram mencionados, sinalizando a necessidade de realização de entrevistas com SMS, afim de acrescentar os dados não observados. Logo, foram realizadas entrevistas com SMS em duas cidades - gêmeas: 1) na cidade de Foz do Iguaçu no Paraná, que faz fronteira com a cidade paraguaia *Puerto Iguazu - Ciudad del Leste*; e 2) em Dionísio Cerqueira, Santa Catarina, que faz fronteira com *Bernardo de Irigoyen – Argentina*⁵⁷. A escolha dos municípios se deu por apresentarem elevado grau de assimetrias e um potencial de integração, tanto econômico quanto cultural, distintos das demais cidades, fazendo fronteira com os países do Mercosul: Argentina e Paraguai.

Para a coleta de informações complementares aos bancos de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas⁵⁸. As entrevistas foram norteadas por um roteiro relacionado aos três blocos, correspondendo aos eixos de análise da pesquisa: organização dos serviços, gestão dos serviços e financiamento.

Para detalhar a caracterização dos municípios e a construção do perfil dos secretários municipais de saúde foram utilizados, além dos bancos de dados citados, os trabalhos de conclusão de cursos, dissertações de mestrado e tese concluídos, e produzidos no âmbito do “Projeto Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde” e “Saúde nas fronteiras: um estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com os países do Mercosul”, mencionados anteriormente.

Na apresentação dos resultados, as informações obtidas nas entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde, quando citadas na íntegra são caracterizadas pela inicial, referida ao porte populacional do município, seguida de letras e números que se referem ao

⁵⁷ A entrevista na cidade de Santana do Livramento não pode ser realizada, como prevista no projeto de Dissertação.

⁵⁸ APÊNDICE A, Roteiro de Entrevista com os SMS em 2007.

SMS entrevistado. Assim, utilizou-se a seguinte referência para caracterizar o porte populacional dos municípios pesquisados:

População	Referência
Até 10.000	P
10.001 – 20.000	PA
20.001 – 50.000	PB
50.001 – 100.000	M
Mais de 100.001	G

CAPÍTULO - IV

4. A INCORPORAÇÃO DAS INSTITUCIONALIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE FRONTEIRA

4.1 Características dos municípios e o perfil dos Secretários Municipais de Saúde envolvidos no estudo.

Considerou-se oportuno caracterizar os municípios e o perfil dos secretários visto a influência destes aspectos no processo de incorporação das institucionalidades propostas pelas NOB's e NOAS⁵⁹. O Brasil é o país da América Latina com maior extensão territorial e de fronteira. Com isso, a faixa de fronteira brasileira⁶⁰ com os demais países se estende por 15.719 quilômetros, abrangendo 27% de todo o território nacional. Portanto, são 588 municípios de onze estados brasileiros que mantêm fronteira com dez países da América do Sul, abrangendo uma população de cerca de 10 milhões de pessoas (GADELHA; COSTA, 2005).

Vale ressaltar que o universo da pesquisa foram os municípios localizados na linha de fronteira, chamados “lindeiros”⁶¹, com três países participantes do Mercosul e que fazem parte do Arco Sul: Argentina, Paraguai e Uruguai. Os municípios localizam-se na região Sul brasileira e abrangem os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Essa região contou com diversos tipos de influência, principalmente a cultural e sócio-econômica européia e, mais recentemente, vem sendo influenciada pela implantação do Mercosul. Deste modo, o Ministério da Integração Nacional (MIN) faz uma denominação de três sub-regiões deste Arco: a) o Portal do Paraná, no noroeste paranaense; b) os Vales Coloniais Sulinos, que se subdividem em três partes – o sudoeste do Paraná, o oeste de Santa Catarina e o noroeste do Rio Grande do Sul; e c) a Mesorregião, Metade Sul do Rio Grande do Sul, mais conhecida como Campanha Gaúcha (MIN, 2005).

⁵⁹ Observa-se que a caracterização e o perfil dos municípios foram construídos a partir do resgate das informações e referências analíticas do projeto “Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul” (2006).

⁶⁰ Essa faixa de fronteira caracteriza-se por uma área de 150 km de largura de forma paralela à linha divisória do território nacional.

⁶¹ Assim denominados, pois seu território tem limites com outros países.

Quando se estudam as regiões fronteiriças, deve-se levar em conta a extensão da faixa de fronteira e dos limites internacionais envolvidos. A partir disso, é possível identificar a presença de características geográficas específicas entre as regiões de fronteira, assim como, situações particulares. Esse fato vem se refletindo no tratamento diferenciado junto aos órgãos do Estado e ao tipo de relação com os vizinhos. Conforme o grupo RETIS⁶² da UFRJ, “os modelos que fundamentam a tipologia de interações transfronteiriças são: margem, zona-tampão, frentes, capilar e sinapse”. A primeira tipologia, “margem” se caracteriza como uma forma de interação onde a população de cada lado da linha de fronteira mantém contato entre si. Neste caso, permanece a “ausência de infra-estrutura conectando os principais núcleos de povoamento dos dois lados da fronteira, ausência de projetos de cooperação transfronteira e a presença intermitente e não sustentada do Estado (Federal, Estadual)” (MIN, 2005, p. 144).

A “zona tampão” concerne às áreas estratégicas que o governo restringe ou proíbe o acesso à essa faixa de fronteira. Isso ocorre com a criação de parques nacionais, áreas protegidas ou áreas de reserva, como, por exemplo, as terras indígenas. Esse tipo de política se deve a diversos fatores, como: 1) a existência de recursos naturais localizados próximos às regiões de fronteiras; 2) para impedir ou dificultar o aumento de frentes de povoamento ou de exploração de nacionais; 3) existência de áreas de conflito militar; 4) para diminuir os custos com infra-estrutura de defesa e vigilância; 5) reconhecimento da ocupação do território por grupos locais. Nota-se que, no Arco Sul, a “zona tampão” é encontrada com frequência na fronteira com a Argentina (MIN, 2005).

No caso das “frentes”, outra tipologia utilizada para caracterizar as influências interfronteiras, estas se distinguem pelas formas de utilização do espaço para o povoamento. Como é o caso das frentes indígenas ou das frentes militares, que podem ser identificadas em diferentes períodos históricos (MIN, 2005).

As interações “capilares” podem ser observadas em âmbito local, por meio de trocas dispersas entre regiões fronteiriças que apresentam limites nas redes de comunicação, fato que resulta em zonas de integração que se desenvolvem de maneira espontânea. Neste caso, e para fins de nosso estudo, são destaques as fronteiras entre Santa Catarina e o extremo-noroeste do Rio Grande do Sul com a Argentina; e entre o extremo-sudeste do Rio Grande do Sul e o Uruguai (MIN, 2005, p. 146).

⁶² O grupo RETIS é vinculado ao Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com apoio do CNPq. Além disso, o Grupo de Pesquisa conta com a participação de pesquisadores - doutores, doutorandos, mestres, mestrandos, bolsistas de iniciação científica e de apoio técnico.

A “sinapse” é outro tipo de interação em regiões fronteiriças. Aqui se verifica a presença de elevadas condições de intercâmbio entre as populações residentes em locais de fronteira. Sua existência tem apoio dos “Estados contíguos”, a partir da construção de espaços de comunicação e trânsito, de infra-estrutura, mecanismos de apoio ao intercâmbio e regulamentação de dinâmicas, especialmente mercantis. Na sinapse, os fluxos comerciais internacionais se aproximam dos locais (MIR, 2005).

Um conceito importante e muito utilizado, ao se tratar de regiões fronteiriças, é o de “cidades – gêmeas”. O termo se refere à situação de “municípios limítrofes que apresentam uma conurbação ou semi - conurbação com a localidade do país vizinho”. Assim,

Correspondem ao meio geográfico que melhor caracteriza a *zona de fronteira* (inclui as faixas de fronteira brasileira e do país estrangeiro) e são os alvos principais prioritários das políticas públicas. As simetrias e assimetrias entre as cidades - gêmeas nem sempre decorrem de diferenças no nível de desenvolvimento dos países, e sim de sua própria dinâmica e da função que exercem para os respectivos países (MIR, 2005, p.152).

Giovanella et al (2007) citam que, no caso brasileiro, os laços históricos são antigos e podem ser observados na fronteira com o Uruguai e a Argentina, a exemplo da ocupação dos campos naturais por fazendas de criação de gado e a influência da cultura dos índios guaranis e das missões jesuítas do século XVIII. A autora comenta que o Arco Sul apresenta fronteiras mais “permeáveis e de interações mais intensas com os países vizinhos, caracterizadas como tipo de sinapses com segmentos de interação capilar, que estão sendo reestruturadas desde a criação do Mercosul” (GIOVANELLA et al, 2007, p. 43).

Nota-se que as interações hoje ocorridas com os países vizinhos estão mais voltadas para a ampliação dos interesses comerciais dos imigrantes brasileiros que residem nos países limítrofes. Como exemplo, destaca-se o Paraguai, onde vivem aproximadamente 350 mil brasileiros e seus descendentes. Já no caso da Argentina, essa relação é percebida com menor intensidade devido à implantação de reservas naturais (as zonas-tampão), para impedir a imigração e a compra de terras por brasileiros. Essa defesa vem sendo dissolvida pela integração rodoviária no Mercosul iniciada nas cidades – gêmeas. O Uruguai apresenta uma das fronteiras mais integradas, contando com diversas cidades - gêmeas e intenso fluxo, além da criação de iniciativas e acordos bilaterais para o desenvolvimento das regiões de fronteira (GIOVANELLA et al, 2007)⁶³.

⁶³ Cita-se que os municípios brasileiros de fronteira com os quatro países do Mercosul apresentam variações quanto ao porte populacional, mas, em geral, concentram maior número em pequenas localidades. Cerca de 75%

Para Gadelha e Costa (2005), a legislação que trata da faixa de fronteira brasileira vem passando por modificações no sentido de reformulá-la, por ser considerada antiga⁶⁴ e restrita, além de mencionar apenas questões direcionadas à defesa do território e ameaças externas. Observa-se que tais legislações ainda não contemplam as prioridades em busca do desenvolvimento e da integração social entre os países latino-americanos. Diante disso, a região de fronteira caracteriza-se como local de isolamento, como extensão que se defronta com baixos índices de desenvolvimento sócio - econômico e é marcada por profundas iniquidades sociais (GADELHA; COSTA, 2005).

Frente a tais constatações, verifica-se, na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai, onze (11) municípios⁶⁵ localizados na faixa de fronteira. Destes, cinco (05) municípios têm sua sede localizada na linha de fronteira - Chuí, Jaguarão, Santana do Livramento, Quaraí e Barra do Quaraí - e seis (06) com a sede do município dentro da faixa de fronteira - Santa Vitória do Palmar, Herval, Pedras Altas, Aceguá, Bagé, Dom Pedrito.

Quanto ao perfil demográfico dos municípios de fronteira com o Uruguai, nota-se que, do total de onze (11) municípios localizados nessa região fronteira, cinco apresentam população com menos de 10.000 habitantes (Chuí, Herval, Pedras Altas, Aceguá, Barra do Quaraí), três deles com menos de 34.500 habitantes (Santa Vitória do Palmar, Jaguarão e Quaraí). Somente três municípios contam com população de mais de 40.000 habitantes, são eles: Dom Pedrito (41.365), Santana do Livramento (95.148) e Bagé (119.019) (IBGE, 2004).

No segmento de fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina, são dezoito (18) os municípios⁶⁶ que se localizam na faixa de fronteira. Destes municípios, nove (09) têm a sua sede localizada na linha de fronteira – Itaqui, Uruguaiana, São Borja, Garruchos, Porto Mauá, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Porto Xavier -, e nove (09) tem a sede do município dentro da faixa de fronteira - Alecrim, Crissiumal, Derrubadas, Esperança do Sul, Novo Machado, Pirapó, Roque Gonzáles, São Nicolau, Tiradentes do Sul.

Nesta extensão de fronteira, a maioria dos municípios (13) tem menos de 10.000 habitantes - Garruchos, São Nicolau, Roque Gonzáles, Pirapó, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Alecrim, Porto Mauá, Novo Machado, Dr. Maurício Cardoso, Tiradentes do Sul,

dos municípios têm até 20 mil habitantes, entre os quais 32% têm até cinco mil habitantes (GIOVANELLA et al, 2007).

⁶⁴ Por volta dos anos 1970, durante o período da ditadura militar (GADELHA; COSTA, 2005).

⁶⁵ São os municípios: Aceguá, Bagé, Barra do Quaraí, Chuí, Dom Pedrito, Herval, Jaguarão, Pedras Altas, Santa Vitória do Palmar, Santana do Livramento, Quaraí.

⁶⁶ São os municípios: Alecrim, Crissiumal, Derrubadas, Dr. Maurício Cardoso, Esperança do Sul, Garruchos, Itaqui, Novo Machado, Pirapó, Porto Mauá, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Porto Xavier, Roque Gonzáles, São Nicolau, São Borja, Tiradentes do Sul, Uruguaiana.

Esperança do Sul, Derrubadas. Apenas dois municípios contam com população de até 14.500 habitantes, Crissiumal e Porto Xavier. Os municípios com maior densidade demográfica são: Itaqui, com 41.456 habitantes; São Borja, com 66.467 habitantes; e Uruguaiana, com 132.109 habitantes (IBGE, 2004).

Santa Catarina tem sua fronteira com a Argentina, contando com dez (10) municípios⁶⁷ localizados na região de fronteira. Observa-se, que apenas o município de Dionísio Cerqueira tem sua sede localizada na linha de fronteira, os demais municípios têm sede dentro da faixa de fronteira. Os municípios Bandeirante e Princesa têm sua sede a menos de 10 Km da linha de fronteira.

Quanto aos aspectos demográficos, a maioria dos municípios (06) tem menos de 5.000 habitantes (Princesa, Paraíso, Bandeirante, Belmonte, Santa Helena e Tunápolis). Os demais municípios contam com uma população de até 14.466 habitantes: São José do Cedro (13.233), Itapiranga (13.550) e Dionísio Cerqueira (14.466) (IBGE, 2004).

A fronteira do Paraná é com a Argentina e o Paraguai. Na fronteira com a Argentina são encontrados oito (08) municípios⁶⁸ paranaenses. Deste total, sete (07) municípios têm sede localizada na linha de fronteira (Barracão, Santo Antônio do Sudoeste, Pranchita, Pérola D'Oeste, Planalto, Capanema). Cabe mencionar que os municípios de Bom Jesus do Sul, Pranchita, Pérola D'Oeste, Planalto, Capanema têm sua sede localizada a menos de 10 Km da linha de fronteira.

Verifica-se que o perfil demográfico deste segmento de fronteira é caracterizado por municípios de pequeno porte. Portanto, do total de oito (08) municípios, a maior parte (05) deles apresenta população com menos de 10.000 habitantes. Apenas três municípios contam com população acima de 10.000 habitantes: Santo Antônio do Sudoeste (18.044), Planalto (13.727) e Capanema (17.780) (IBGE, 2004).

Na fronteira com o Paraguai, são onze (11) municípios que estão localizados na faixa de fronteira⁶⁹. Destes municípios, três (03) têm sua sede localizada na linha de fronteira - Foz do Iguaçu, Santa Helena e Guaira. O perfil demográfico dessa faixa de Fronteira aponta cinco municípios com menos de 10.500 habitantes (Pato Bragado, Mercedes, Entre Rios do Oeste,

⁶⁷ Itapiranga, Tunápolis, Santa Helena, Belmonte, Bandeirante, Guaraciaba, Paraíso, São José do Cedro, Princesa e Dionísio Cerqueira.

⁶⁸ Barracão, Bom Jesus do Sul, Santo Antônio do Sudoeste, Pranchita, Pérola D'Oeste, Planalto, Capanema, Serranópolis do Iguaçu.

⁶⁹ Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, Missal, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Santa Helena, Entre Rios do Oeste, Marechal Cândido Rondon, Pato Bragado, Mercedes, Guairá.

Itaipulândia e Missal). São quatro municípios com menos de 30.000 habitantes (Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Santa Helena e Guairá). E dois municípios se destacam em número de habitantes: Marechal Cândido Rondon, com 43.401 habitantes e Foz do Iguaçu, com 286.285 habitantes⁷⁰.

Diante de uma variedade de perfis das cidades localizadas nesta região de fronteira, seja em suas características físicas, financeiras e humanas, aliados às diferenças nos sistemas de saúde, constatou-se que estes são fatores que vêm dificultando o acesso à saúde por parte da população estrangeira. Fato esse que se reflete nas condições epidemiológicas e sanitárias, no acesso às ações que conduzem a impactos complexos frente à integração das ações e serviços de saúde em âmbito regional (DRAIBE, 2003; FIGUERAS et al, 2002).

De acordo com Giovanella et al (2007), o SUS não tem medido esforços para dar concretude ao princípio da descentralização e da organização dos serviços de saúde, no sentido de aprimorar o acesso de forma integral. Mas ressalta que isso poderá ser abalado pela inexistência de elementos e diretrizes capazes de atender as peculiaridades das situações de fronteira. O fato se agrava quando se considera a complexa dimensão de relações, de vínculos das populações que ali residem, assim como, as relações e trocas econômicas e as facilidades de acesso. A autora enfatiza, ainda, que já é uma realidade a procura por serviços de saúde por usuários não brasileiros em municípios de fronteira, e é possível observar também a insuficiência de estudos que dêem conta da dimensão que essa demanda espontânea vem apresentando e como ela influencia no processo de organização dos sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA et al, 2007).

Destaca-se que, na última década, os mecanismos de informação têm mostrado avanços no aprimoramento e classificação dos dados sobre a utilização dos serviços de saúde. Porém, nota-se ainda a escassez de informações que possibilitem conhecer e analisar a realidade do acesso e das demandas, por ações e serviços oferecidos pelo SUS, para estrangeiros e brasileiros não residentes nos municípios que fazem parte da linha de fronteira. Além disso, são desconhecidas as estratégias de respostas locais para as pressões por atenção à saúde nessas regiões (GIOVANELLA et al, 2007).

Quanto ao perfil dos Secretários Municipais de Saúde⁷¹, vê-se que grande parte deles (89%) estava exercendo o cargo entre sete (07) e doze (12) meses, sendo este o primeiro mandato como SMS. Do total de SMS's (58), 10% estavam ocupando o cargo há apenas seis

⁷⁰ Deve-se destacar que, do total de 58 municípios inseridos na pesquisa, 29 estão localizados na faixa de fronteira do Rio Grande do Sul, 10 deles em Santa Catarina e 19 no segmento de fronteira do Paraná.

⁷¹ As entrevistas foram realizadas de novembro de 2005 a outubro de 2007. Ressalta-se que grande parte das informações contidas neste item foram extraídas do banco de dados de Giovanella et al (2007).

meses e 3% estavam há mais de treze meses. Um terço (37%) dos secretários já exerceu mandato anterior como SMS e todos exerceram tal função no mesmo município. Considerando todo o período em que atuaram como secretários, 56% informaram que exerceram o cargo por período inferior há quatro (04) anos; 32% exercem a função por um período de cinco (05) a oito (08) anos e 12% dos SMS's informaram há mais de nove (09) anos. A minoria dos entrevistados (37,3%) relatou ter exercido cargo de secretário de saúde em mandato anterior, e 62,7% disseram não ter exercido o cargo anteriormente (GIOVANELLA et al, 2007).

Verificou-se que 21% (14) dos SMS's exercem atualmente cargo político eletivo. Dentre eles, seis (06) com o cargo de vereador, seis (06) como vice-prefeitos e dois (02) como prefeitos. Um terço dos entrevistados, 27% (18), tinha ou já tivera cargo eletivo, totalizando dezesseis (16) vereadores, dois (02) vice-prefeitos e dois (02) ex - prefeitos. Nota-se que a maioria dos SMS's (73%) não exerceu mandato anterior em cargo político eletivo. Dos dezoito (18) SMS's que responderam de maneira afirmativa ao exercício de cargo eletivo anterior, em sua maioria, dezesseis (16) deles ocuparam o cargo de vereador, dois (02) o cargo de vice-prefeito e dois (02) o cargo de prefeito.

Constatou-se que a maior parte dos secretários entrevistados é do sexo masculino (61%) e na faixa etária entre 31 e 50 anos (75%). Deve-se assinalar ainda que, a representatividade do sexo feminino que exerce o cargo de secretário é de 38,8% do total de 67 Secretários de Saúde. Cerca de 51% (34) dos SMS's possuem ensino superior completo, vinte e oito (28) SMS's cursaram ensino médio completo, quatro (04) com ensino fundamental completo e um (01) com ensino fundamental incompleto.

Entre as áreas de formação acadêmica informada pelos SMS's, dos secretários com nível superior (34), as profissões mais citadas foram: Medicina, num total de seis (06) secretários; licenciaturas diversas foram também seis (06) respostas (Educação Física, Pedagogia, Técnicas Agrárias, Ciências Físicas e Biológicas); em seguida, tem-se a formação dos secretários em Odontologia (05), Enfermagem (04) e Administração (04). Quanto ao ramo de atividade ou inserção ocupacional principal, anterior ao cargo atual de SMS, as respostas mais freqüentes indicam, primeiramente, a ocupação no funcionalismo público (45%), seguido por profissional liberal (21%) e comerciante (11,9%).

Quanto à experiência anterior ao cargo atual em gestão, com duração mínima de 2 anos, 43% dos SMS's informaram ter tido experiência em gestão pública da saúde; 19% tiveram experiência em gestão fora da área da saúde; 12%, em gestão privada da saúde e 6% já tinham experiência em gestão privada fora da área da saúde. Do total de SMS's, 28% (19

secretários) dos atuais secretários salientaram não ter nenhuma experiência em gestão anterior ao exercício do cargo de secretário.

A quase totalidade dos SMS's (95%) informou residir no município onde exerce o cargo atual, e destes, a maioria (87%) disse que mora há mais de 10 anos. Apenas 8% residem no município pelo período entre 5 e 10 anos e 5% relataram que residem no município entre 1 a 4 anos.

Em relação ao conhecimento sobre o funcionamento do sistema público de saúde na cidade estrangeira de fronteira, dos 58 secretários, dois terços (69%) deles afirmaram desconhecer os serviços de saúde da cidade estrangeira. Apenas vinte e um (21) secretários (31%) disseram ter conhecimento sobre o sistema de saúde da localidade estrangeira de fronteira. Na fronteira do RS com o Uruguai, observa-se uma exceção, em torno de 70% dos secretários municipais de saúde relataram conhecer o sistema de saúde da cidade do outro lado da fronteira (GIOVANELLA et al, 2007).

O segmento de fronteira do RS com Argentina se destaca, pois quinze (15), dos dezoito (18) municípios, responderam não ter conhecimento do funcionamento do sistema público de saúde da cidade de fronteira. A mesma situação foi informada na fronteira de Santa Catarina, nove (09) entre dez (10) SMS's informaram desconhecer o sistema de saúde da cidade estrangeira, fato que pode ter relação com a inexistência de trânsito com a cidade estrangeira, como informado em oito (08) municípios.

4.2 A descentralização do SUS na fronteira Mercosul – apropriação das diretrizes e normas legais

Como já mencionado anteriormente, a descentralização, um dos princípios norteadores do SUS, tem se destacado no cenário dos avanços institucionais da política de saúde essencialmente por tratar da implantação do sistema nacional de saúde. O item que segue procura apresentar e identificar esse processo de implementação do SUS através da descentralização e como as diretrizes e normativas vêm sendo incorporadas no âmbito municipal, o que permitiu analisar o patamar de institucionalidade do sistema de saúde.

Inicialmente, esse princípio foi compreendido como redistribuição das responsabilidades por ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Tal fato levou a diversas interpretações distorcidas das funções da esfera municipal – diante da municipalização - com a total delegação das responsabilidades na gestão e implementação das

ações e serviços em saúde. Deve-se lembrar que a descentralização, como prevê a Política Nacional de Saúde, não exime as demais esferas das responsabilidades e a co-participação, pelo contrário, reforça e afirma a necessidade de manter relações constantes entre si.

Quanto à descentralização, Nogueira (2002) menciona que as novas atribuições aos municípios causaram alterações significativas na política de saúde, na medida em que transferiu a capacidade decisória sobre ações e programas de saúde para o âmbito municipal. A esfera municipal, mais que a estadual, teve suas funções e competências expandidas.

Nota-se, por um lado, que a descentralização mostrou-se como um viés positivo ao possibilitar aos Estados e municípios maior autonomia política, principalmente, na utilização e otimização dos recursos reservados à política de saúde. Diante disso, Souza (2001) sinaliza que a descentralização, inicialmente, foi apontada como meio para a redução das desigualdades sociais e promoção da equidade nos serviços de saúde. Por outro lado, o processo de implantação da descentralização trouxe vários desafios aos municípios. Entre os desafios, é possível verificar as dificuldades na gestão dos serviços e ações de saúde, falta de profissionais qualificados, de equipamentos adequados, de um sistema de informações mais preciso, além da insuficiência dos recursos.

Como já exposto, as normativas que procuram organizar a implantação da descentralização da Política Nacional de Saúde ocorreram mais precisamente com a NOB 1996, a NOAS 2002 e recentemente com o Pacto pela Saúde, que se configuraram como inovações institucionais no processo de organização da saúde no Brasil. A NOB e a NOAS, primeiras iniciativas, sinalizaram para um processo lento e gradativo de organização do sistema de saúde, iniciado em 1996. As modificações decorrentes destas normativas favoreceram o surgimento de fóruns de debate contando com a participação popular, além da correção de falhas nas funções já desempenhadas. Foram também intensos o acompanhamento e o controle das ações e serviços de saúde, bem como, o repasse de recursos às três esferas governamentais (BRASIL, 2006A).

Recentemente, o Ministério da Saúde, procurando aprofundar e aperfeiçoar a implantação e operacionalização do SUS, criou o documento “Pactos pela Saúde”⁷². Esse documento sinaliza o resultado de diversas discussões frente ao processo de descentralização. Entre as novidades da proposta está a ampliação das relações do SUS com as realidades existentes no país, como no caso das dimensões social, política e administrativa e, sobretudo, das especificidades regionais. Considera-se este último aspecto de extrema importância, pois

⁷² Criado em 2006, ver detalhes do Pacto nas páginas 70 a 76 do Capítulo II.

possibilitará que os municípios atendam suas prioridades de acordo com as demandas regionais.

Diante disso, busca-se identificar alguns aspectos que têm relação direta com a hipótese em questão: a fragilidade institucional do SUS. Por conseguinte, a partir do referencial teórico construído e dos eixos de análise propostos para o estudo, serão apresentados a seguir os resultados obtidos.

4.2.1 Organização do sistema – regulações institucionais

Por organização do Sistema Nacional de Saúde compreende-se a organização que pretende contemplar o princípio da descentralização político - administrativa com direção única, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na organização de forma regionalizada e hierarquizada da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente. Nesta perspectiva, cada esfera governamental conta com comando único correspondente: a) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; b) no âmbito estadual e no Distrito Federal, pela Secretaria Estadual de Saúde ou instância equivalente; c) e no âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Com a implantação da regionalização, prevista na NOAS 2002, os Estados foram responsabilizados pela elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que prevê a participação dos municípios no planejamento de espaços regionais e microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência e dos investimentos, fazendo com que os sistemas de saúde tornem-se resolutivos e funcionais. O PDR também procura redistribuir geograficamente os recursos tecnológicos e humanos existentes, dando maior visibilidade à regionalização em âmbito estadual. Entre seus objetivos, está a realização de previsões orçamentárias para adequar as novas regiões, microrregiões e módulos assistenciais, para que atendam as necessidades dos municípios e dos usuários.

Quanto à organização do SUS, constata-se que os municípios da fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai estão divididos em seis microrregiões de saúde: Litoral Lagunar, Jaguarão, Serras de Sudeste, Campanha Meridional, Campanha Central e Campanha Ocidental. As regionais de saúde estão divididas em três Divisões Regionais de Saúde (DRS): a DRS 03 Pelotas, DRS 07 Bagé e DRS 10 Alegrete; e duas macrorregionais de saúde: a macrorregional Sul e a Centro - Oeste. Na fronteira com a Argentina, os municípios gaúchos estão inseridos nas microrregiões: Campanha Ocidental, Cerro Largo, Santo Ângelo, Santa Rosa

e Três Passos. Ademais, fazem parte das regionais DRS 10 Alegrete, DRS 12 Santo Ângelo, DRS 14 Santa Rosa e DRS 19 Frederico Westphalen, e da macrorregionais de saúde Centro - Oeste e Missioneira.

Em Santa Catarina, fronteira com a Argentina, os municípios pesquisados compõem a microrregional de saúde de São Miguel do Oeste. Além disso, os municípios fazem parte da Regional de Saúde de São Miguel do Oeste e da macrorregional de saúde Extremo Oeste.

No Paraná, fronteira com a Argentina, os municípios estão inseridos na microrregional de saúde Francisco Beltrão, Capanema e Foz do Iguaçu, e nas regionais de saúde Francisco Beltrão e Foz do Iguaçu. Já na fronteira com o Paraguai, os municípios fazem parte da microrregional de saúde de Foz do Iguaçu e de Toledo, e das regionais de saúde de Foz do Iguaçu e Toledo. Observa-se que são muitas regiões e microrregiões envolvidas, o que possivelmente poderá ocasionar dificuldades na compatibilização das necessidades, como, por exemplo, Foz do Iguaçu e Francisco Beltrão.

Com relação à rede assistencial de saúde do SUS e da cobertura do Programa Saúde da Família na região de fronteira, foi possível identificar os estabelecimentos por esfera administrativa, assim como, a rede hospitalar e ambulatorial presente na região⁷³. Na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai, foi constatada a presença de dez (10) estabelecimentos hospitalares, destes, oito (08) compõem a rede pública do SUS e dois (02) a rede privada. Também foram identificadas nos municípios pesquisados dez (10) unidades básicas de saúde, três (03) policlínicas especializadas e quatro (04) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Já na fronteira do Estado com a Argentina, foram identificados dezoito (18) hospitais, deste total, 50% (09) fazem parte da rede pública do SUS. Foram identificadas dezessete (17) unidades básicas de saúde, uma (01) policlínica especializada e treze (13) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em Santa Catarina, constatou-se a presença de dez (10) hospitais. Cinco (05) deles são hospitais da rede pública de saúde e cinco (05) da rede privada. Quanto às UBS, foram listadas dez (10) unidades, uma (01) policlínica especializada e dez (10) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No Paraná, fronteira com a Argentina, foram identificados oito (08) hospitais, sendo cinco (05) da rede pública do SUS e três (03) da rede privada de saúde. Identificaram-se ainda

⁷³ As informações a respeito da rede assistencial foram coletadas nos dois bancos de dados utilizados na pesquisa, além da complementação com os dados fornecidos pelo DATASUS (2007).

oito (08) unidades básicas de saúde, uma (01) policlínica especializada e oito (08) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na região.

Já na fronteira com o Paraguai, verifica-se a presença de dez (10) hospitais, e em sua totalidade atendem a rede pública de saúde do SUS. Constatou-se, também, a existência de nove (09) unidades básicas de saúde, duas (02) policlínicas especializadas e nove (09) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios envolvidos na pesquisa.

Em síntese, os municípios pesquisados apresentam uma rede hospitalar do SUS composta por trinta e sete (37) hospitais públicos, totalizando 1449 leitos, dezenove (19) hospitais contratados, com 1618 leitos disponíveis ao SUS. Quanto à rede ambulatorial, foram identificadas cinquenta e duas (52) unidades básicas de saúde, oito (08) policlínicas especializadas e quarenta e duas (42) Equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com os dados apontados pelos SMS's⁷⁴.

Observa-se que, na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai e a Argentina, a rede assistencial abrange um contingente populacional de 713.417 habitantes. Em Santa Catarina a rede assistencial atende a 68.546 habitantes, e na fronteira do Paraná, compreende 560.069 habitantes. Assim, a região Sul do Brasil conta com cerca de 1.342.032 habitantes. Nota-se que o Rio Grande do Sul e o Paraná são os estados mais populosos, conseqüentemente, os mesmos possuem uma rede assistencial mais ampla.

Portanto, verifica-se que o Paraná tem densidade de 47,98%, maior que o dobro da média do Brasil (19,94%). Já o Rio Grande do Sul apresenta também densidade demográfica alta (36,16%). Segundo estudos da OPAS (2003, p. 84), de maneira geral, o “fator densidade demográfica influi fortemente na questão da organização dos serviços de saúde, sendo que situações de concentração e de dispersão exigem tratamento específico para a garantia de acesso integral”. O estudo ainda revela que

O número de municípios existentes em um estado, por sua vez, tem influência na coordenação pela SES da organização de sistemas municipais de saúde e, portanto, na discussão da referência e da gestão da rede de serviços existente. Na regionalização da atenção, por exemplo, observa-se que o tamanho do município em termos populacionais mantém relações com a capacidade de assumir condições mais avançadas de gestão. Recentemente, no Brasil, muitos municípios foram criados a partir de divisões e subdivisões de municípios maiores. Muitas vezes os novos municípios enfrentam dificuldades para organizar as ações de saúde e são dependentes daqueles que faziam parte (OPAS, 2003, p. 84).

⁷⁴ GIOVANELLA (et al, 2007).

Para este eixo, constata-se que alguns indicadores foram citados com maior frequência nas falas dos secretários municipais de saúde (SMS's). Entre os mais citados, estão: a suficiência na atenção básica; ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental); priorização das demandas; e os mecanismos de identificação estrangeiros que acessam ao SUS. Os indicadores com menor referência por parte dos SMS's foram: as formas de incorporação das necessidades de saúde à Comissão Bipartite; pautas de negociação para elaboração PPI/ Colegiados de Gestão; coordenação e controle da organização do sistema local de saúde.

Entre os indicadores, a suficiência na atenção básica dos municípios envolvidos no estudo foi bastante mencionada. A NOAS 2002 define, como critério para a habilitação tanto em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) como em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), a capacidade que os municípios têm de ofertar com suficiência um conjunto de serviços para a sua própria população e para a população a ele adstrito. Esse rol de serviços, no caso da habilitação em GPAB-A⁷⁵, diz respeito a atividades que envolvem o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal⁷⁶.

A maioria dos SMS's informou ter suficiência na atenção básica, com atendimentos suficientes, adequados e bem estruturados para as necessidades da população dos municípios. Isso foi relatado tanto na atenção básica quanto na rede hospitalar. Com isso, verifica-se a presença de diversas unidades básicas de saúde, além de equipes de saúde da família e policlínicas especializadas, como prevê o SUS.

Observa-se também na região a presença de Centros de Especialidades, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial, Laboratórios de Fronteira e Centros de Controle de Zoonoses, entre outros. Diante disso, um SMS de Santa Catarina cita o que há no município: “Daí nós temos um hospital municipal, o CEO (referindo-se ao Centro de Especialidades Odontológicas), [...] o CAPS, o laboratório de fronteira e também o SAMU, que estão sempre dentro, então, do sistema municipal aqui de atenção à saúde” (PA/DCO, 10/10/2007).

Sobre a mesma questão, o secretário de um município de grande porte do Paraná, com habilitação em GPAB-A, também informou os serviços ofertados em seu município:

Então nós temos a rede de assistência, nós temos a atenção básica, a especializada, a hospitalar e daí também tem aquela média e alta

⁷⁵ A maioria dos municípios está habilitado neste tipo de gestão.

⁷⁶ Vale ressaltar que a maior parte dos municípios pesquisados está habilitado em GPAB - A. Maiores informações a respeito de responsabilidades e atividades detalhadas, conferir o ANEXO 1 da NOAS 2002.

complexidade também. Nós temos a questão do PSF e os PACS que também participam. Nós temos a parte de vigilância em saúde com todas aquelas áreas constituídas, nós temos o sistema de auditoria, de supervisão e controle, é onde que pega mais assim esse grupo que faz esse monitoramento, a supervisão e o controle. Acho que são essas áreas que a rede tem (G/FI, 01/11/2007).

Já no caso de alguns municípios de pequeno porte, os SMS's apontaram a insuficiência na cobertura total da população por parte das equipes de saúde da família. Com isso, os SMS's relataram a necessidade de implantar mais equipes da ESF para atender toda a população dos municípios. Como declara o SMS de uma cidade – gêmea de Santa Catarina,

Já temos cinco equipes de PSF no município, e já estamos caminhando para a implantação da sexta [...]. Aí, já teremos uma cobertura de cem por cento. [...] Então, e temos cinco PSF's, que são mal distribuídos aqui no município, por isso que precisamos desse sexto, [...]. Nós temos 3 PSF's aqui na, na área urbana e 2 PSF's no interior, então, em dois distritos. E com esse que vai ser criado, nós temos PSF's nos três distritos, uma distribuição bem mais harmônica [...]. Basicamente é essa, a hierarquização do sistema aqui [...] (PA/DCO,10/10/2007).

A mesma dificuldade de cobertura da população por equipes de Saúde da Família foi mencionada pelo SMS de uma cidade – gêmea do Paraná. Em sua fala, relata a situação vivenciada por seu município: “Então aqui nós temos unidades tradicionais unidades básicas de saúde, tradicionais, e unidades de estratégia de saúde da família. Em 2005, eram duas equipes e este ano a gente já está com 32 equipes de saúde da família”. E completa falando sobre a cobertura, “A cobertura que nós temos atualmente, segundo último relatório, é de 108.000 pessoas, 34% de cobertura” (G/FI, 01/11/2007). Constata-se que, a respeito da oferta de serviços e ações de saúde de seus municípios, a maioria dos SMS's classificou como regular.

Portanto, verifica-se, frente à suficiência da atenção básica, que os SMS's consideram de extrema importância a implantação das equipes da ESF. Com isso, nota-se que os municípios realmente incorporaram essa estratégia, conduzida pelo MS, e que tem repercutido significativamente na atenção primária à saúde.

No caso da assistência hospitalar, os relatos indicam a falta de hospitais e a superlotação dos já existentes. Como salienta um secretário de Santa Catarina “[...] temos grandes dificuldades em manter esse plantão médico, sobreaviso médico de plantão 24 horas do

hospital municipal, pelo custo. [...] Nós estamos à beira de um colapso da saúde, do sistema” (PA/DCO, 10/10/2007).

Observa-se que alguns secretários ainda não incorporaram a idéia principal da política de saúde do SUS, a atenção básica. Isso é constatado pela persistência da centralidade da atenção à saúde pela via hospitalar, o que significa que a estratégia de saúde da família também não vem dando conta de atender as exigências que os SMS's apresentam. Essa questão foi apresentada por alguns SMS's dos três estados, principalmente em municípios de pequeno porte.

A assistência hospitalar também vem sofrendo com as dificuldades no financiamento, já que os recursos correspondentes à contrapartida estadual e federal muitas vezes não são repassados, ou são enviados com atrasos, situação que revela a flagrante desobediência ao que está previsto na legislação. Como cita um secretário de Santa Catarina:

É, e falta o governo entender e ver isso, e olhar para esses pequenos hospitais que são verdadeiros baluartes aí, do sistema, do SUS, como programa, e que dão sustentação para esse programa. E, mas não tem atenção devida, atenção nenhuma praticamente, por parte das autoridades competentes. Que não enxergam esse viés. Aí você vê todo dia, se liga a televisão e tá vendo que o hospital lá está falido, que não tem condições, que vai fechar as portas, que está devendo não sei quanto. Puxa, mas, por quê? Porque prestam atendimento muito maior do que a capacidade que têm, dos recursos que provêm, dos recursos que nos são de direito, mas que não nos são repassados (PA/DCO,10/10/2007).

Vê-se, com os relatos, a existência de distorções quanto à porta de entrada dos usuários no SUS, exceto nos casos de emergência. Embora desde a criação do sistema de saúde esteja previsto que a unidade de ingresso dos usuários é a unidade básica de saúde, na atenção básica, ainda se percebe que alguns secretários continuam entendendo que a porta de entrada do sistema é a atenção hospitalar. Esta situação foi observada, sobretudo, em municípios de pequeno porte do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Com a centralidade na rede hospitalar, ocorre uma compreensão distorcida da presumida pelo SUS, que prioriza a atenção básica de saúde. Mostra ainda uma concepção de saúde médico-centrada, ou seja, saúde no sentido restrito de ausência de doenças e não seu conceito amplo, indicado na Constituição brasileira. Esse fato concorre para que, em médio prazo, não ocorreram alterações no perfil epidemiológico, como seria provável com outro tipo de concepção e encaminhamento das ações de saúde.

Outro indicador citado com freqüência pelos SMS's refere-se às ações de vigilância em saúde, que abrangem as ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica nos mu-

nicípios. Com os relatos, verifica-se que as ações vêm sendo prioritárias em regiões de fronteira, o que possibilitou grandes avanços na integração entre os países, seja na fronteira com o Uruguai, Argentina ou Paraguai. Tal questão das vigilâncias sanitária e ambiental é favorecida pelo tipo de regionalização do Mercosul, que prioriza os aspectos econômicos derivados do livre comércio. Pela mesma razão quando se analisa o desempenho das Comissões e dos GT's do Mercosul Institucional, o maior número de resoluções é produzido no âmbito dos grupos relacionados ao controle de produtos.

Por outro lado, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica desenvolvidas pelos municípios vêm se tornando essenciais nestas regiões que apresentam intenso fluxo de pessoas de um lado a outro da linha de fronteira. Frente à questão, nota-se que algumas doenças já estão repercutindo na região e têm motivado iniciativas de cooperação entre os países, como é o caso da dengue, da raiva, da malária, etc..

Diante da situação, foram identificadas iniciativas de ações conjuntas entre os governos, no sentido de acompanhar e prevenir determinadas doenças. As principais ações são realizadas por meio de campanhas de combate a doenças - dengue, raiva, malária, campanhas de vacinação, entre outras – e essas ações preventivas contam com a cooperação de profissionais dos países vizinhos. Vale ressaltar que essas são iniciativas que vêm ocorrendo apenas em âmbito municipal, isto é, não são iniciativas monitoradas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. Com isso, os municípios promovem ações paralelas e individuais, fato que fragiliza a implementação e continuidade das iniciativas. Observou-se, ainda, que estas ações não estão referidas a pactos ou medidas administrativas e legais, ou seja, surgem das necessidades locais. Ao não se enquadrarem em legislações acordadas entre os países, têm uma vantagem, que é a possibilidade de se constituírem a partir das demandas locais. Têm, por outro lado, a desvantagem de ser transitórias e sujeitas à vontade do gestor/ secretário que ocupa o cargo, não criando rotinas que sedimentem as inovações.

De acordo com os SMS's, as ações de vigilância em saúde são coordenadas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, com profissionais capacitados para desempenhar a função. Os relatos apontaram ainda a participação das Regionais de Saúde, como nível hierárquico que dá suporte a estas ações.

Para a maioria dos secretários, um fator que entrava a atenção à saúde na região é a inexistência de mecanismos de troca de informações entre as cidades de fronteira, principalmente sobre aspectos sanitários e epidemiológicos. Além disso, é possível constatar a inexistência de iniciativas por parte do Ministério da Saúde brasileiro no sentido de favorecer esse intercâmbio de informações de saúde entre os países. Esse fato é relatado por dois

secretários de saúde do Rio Grande do Sul, o primeiro menciona que “[...] não se tem troca de informações entre as cidades”. O outro secretário fala sobre a necessidade de criar mecanismos que promovam a articulação entre os municípios brasileiros e as localidades estrangeiras.

Eu acho que, além da responsabilidade do município com a saúde básica, ele poderia articular – e é necessário fazer isso – com o outro município (referindo-se à cidade estrangeira) uma política de saúde única. Por exemplo, estamos agora na eminência da Febre Aftosa, da Gripe Aviária, e são problemas que não escolhem fronteiras. Esse tem que ser um trabalho conjunto (M/SL, 11/11/2005).

Assim, é possível verificar que grande parte dos SMS’s desconhece as iniciativas já existentes nas regiões de fronteira, como por exemplo, as Comissões de Saúde da fronteira e os Comitês de Fronteira, que vêm discutindo diversos temas pertinentes à região. Da mesma forma, nota-se que não foram mencionadas as ações em andamento implementadas pelos Comitês de Fronteira e tampouco as orientações do SGT-11, do Mercosul.

Já em Santa Catarina, diferente do observado no Rio Grande do Sul, os relatos indicam a existência de iniciativas de troca de informações epidemiológicas entre as localidades de fronteira. Observa-se que essa é uma iniciativa pioneira em se tratando de troca de informações, porém, a mesma não se apresenta regulamentada. Vê-se que isso se deve à preocupação com o avanço de algumas doenças, como descreve um secretário:

Agora, [...] aqui a nossa preocupação com a AIDS aumentou, tivemos dois casos de soro positivo em parturientes. Um mês, dois casos. Periferia, oferta de casinhas populares, veio gente não se sabe de onde, [...]. Isso está me preocupando muito, porque fazem essas campanhas, mas a cabeça deles é muito pequenina, não adianta. [...] nós não tínhamos isso, são dois casos isolados, duas parturientes soro-positivas. Hanseníase agora, está aparecendo quando não se tinha mais. A Tuberculose, por causa da AIDS, também. Mas o quadro da Tuberculose é bastante sério e em jovens sem AIDS. Mais as doenças novas que estão aparecendo aí, tantas viroses (PA/DC, 30/11/2005).

Pela necessidade de articular serviços, os SMS’s informaram a realização de algumas ações em conjunto com cidades estrangeiras. Entre as iniciativas já em desenvolvimento, foram mencionadas ações integradas em campanhas de imunização e de prevenção, como as campanhas contra a Dengue, a AIDS e a Cólera, doenças que vêm se expandindo nas regiões

de fronteira. Desse modo, buscando ações articuladas com cidades estrangeiras, um secretário de Santa Catarina relata: “Fizemos um Calendário Único de Vacinação, importantíssimo!” (PA/DC, 30/11/2005). As mesmas ações foram destacadas pelo SMS de uma cidade – gêmea do Rio Grande do Sul,

Estamos agora com o trabalho da Dengue, vamos ter o “Dia D” integrado com o Uruguai, porque eles também têm esse trabalho. Eu acho que o papel do município é esse, buscar, além da sua atribuição com a saúde básica, essa articulação para implementar uma política. O que nos impede de fazer? A questão legal. Mas você pode fazer na linha divisória, por exemplo, uma ação conjunta. Seja para fazer uma inspeção sanitária em relação à Febre Aftosa, em relação ao que entra para consumo. Embora, seja difícil você impedir a entrada ali, mas na saída você pode impedir, tem a Polícia Rodoviária. Na saída lá para [...] (referindo-se a um município brasileiro vizinho), [...] eles têm duas barreiras com dois “*containers*” que dão acesso a Montevidéu. Isso é uma política integrada que pode ser feita (M/SL, 11/11/2005).

Vale sinalizar que todas essas iniciativas de ações preventivas e conjuntas entre os municípios brasileiros e localidades de fronteira vêm ocorrendo, de certa forma, paralelamente ao que regulamenta a legislação do SUS. Isso se deve à inexistência de qualquer iniciativa do Ministério da Saúde em auxiliar os municípios frente a tal demanda, fato que somente ocorreu com a implantação do SIS - Fronteiras. Ainda assim, este foi um programa idealizado sem a participação dos secretários municipais e dos conselheiros de saúde dos três níveis de gestão do SUS.

Verificou-se também a presença da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde por meio de delegacias em algumas cidades – gêmeas, pelo fato de se localizarem em pontos estratégicos de entrada e saída de produtos e pessoas. Segundo alguns SMS’s, essa presença tornou a fiscalização e o controle mais intensos. Além disso, os SMS’s ressaltaram que a implantação dos Laboratórios de Fronteira com procedimentos de inspeção e vigilância, seja de produtos, de pessoas etc., tornará o controle e monitoramento mais efetivos na região.

Atualmente, frente à questão, o que vem ocorrendo em algumas cidades, em especial na fronteira de Santa Catarina, é a demora na análise de alguns produtos, o que vem causando transtornos e desperdícios, sobretudo aos produtos perecíveis. Tal demora ocorre porque não há laboratório na região, fazendo com que o material para análise tenha que ser enviado a Florianópolis. Assim, o Ministério da Saúde prevê, com a implantação dos Laboratórios de Fron-

teira, que essa dificuldade será sanada. Com isso, será possível detectar e tratar doenças infecto-contagiosas que se manifestarem na região, envolvendo também ações conjuntas com as demais cidades.

Nota-se que a realização de ações preventivas relacionadas tanto à vigilância sanitária quanto epidemiológica acontece de maneira mais freqüente em cidades – gêmeas que nos demais municípios. Fato esse que pode ser explicado pelo intenso fluxo de pessoas que se deslocam de uma localidade a outra nessas regiões.

Algumas ações desenvolvidas por municípios brasileiros foram citadas como positivas e efetivas, sobretudo na prevenção e controle de determinadas doenças. Como é o caso da AIDS, da Hepatite, da Rubéola, da Dengue, entre outras. Nessa direção, o secretário de uma cidade – gêmea do Paraná diz que a integração no segmento de fronteira entre Brasil e Paraguai vem avançando rapidamente em algumas discussões.

[...] Brasil e Paraguai estão avançando nos debates comuns de levantamentos epidemiológicos inclusive de ações, isso a nível local, nós já temos ações em comum na área da dengue, da raiva, da AIDS. Então tem acontecido uma maior integração entre Brasil e principalmente Paraguai. E outras ações vêm sendo discutidas e acredito, assim, que elas vêm paulatinamente sendo consolidadas, como instrumento para se pensar uma política macro na região de fronteira (G/FIA,16/06/2005).

Entre as ações com destaque em âmbito regional, tem-se o relato do SMS de uma cidade – gêmea do Paraná:

Acho que um exemplo bem pontual agora [...] é o caso da rubéola. Temos um surto de rubéola, até ontem nós tivemos com a Bipartite regional e foi muito elogiada a atuação da epidemiologia (referindo-se ao seu município) na busca dos casos, [...] e na notificação, um trabalho belíssimo, porque nós temos gente que vem de todos os cantos do país, ou de avião ou pelo rio ou pela ponte ou de ônibus, e a epidemiologia foi atrás disso e notificou todos os casos, estudou um a um e comprovou o poder da epidemiologia de avançar dentro do município. [...] a rubéola é um exemplo que [...] (referindo-se ao município) tem essa especificidade com relação a patologias que aparecem vez por outra aí no sistema e nós temos que correr, porque se vem uma pessoa infectada de qualquer parte do mundo [...]. A questão da raiva, nós fomos a estratégia que seguramos a raiva que estava circulando muita raiva do outro lado [...] (G/FI, 01/11/2007).

Quanto ao indicador priorização das demandas, os SMS's informaram que as áreas prioritárias na esfera municipal são encaminhadas inicialmente aos Conselhos Municipais de Saúde, para sua discussão. Posteriormente, as necessidades são encaminhadas ao Conselho de

Secretários Municipais de Saúde (COSSEMS) que leva as demandas à CIB, como prevê a legislação do SUS. Foi possível verificar também que nenhum dos SMS's mencionou o encaminhamento das demandas às Conferências Municipais de Saúde, visto como uma importante inovação institucional do SUS, no sentido de priorizar e reivindicar o atendimento às demandas em saúde. Portanto, compreende-se que as questões de saúde das regiões de fronteira poderiam ser discutidas nesta instância, propondo ações mais efetivas.

De acordo com os SMS's, independentemente das ações serem encaminhadas aos Conselhos, como prevê a regulamentação dos Conselhos de Saúde, em nenhum momento os mesmos informam se essas demandas são ou não atendidas. Assim, depreende-se que grande parte das necessidades é atendida no próprio município, que procura dar conta das demandas por meio de estratégias inovadoras, como é o caso de uma iniciativa verificada no Paraná, com a criação do Centro de Atendimento à Gestante e à Criança Brasileira que vive no Paraguai. Essa iniciativa de uma cidade – gêmea do Paraná se originou devido ao grande fluxo de usuários no sistema local de saúde. Portanto, destaca-se que esta é uma iniciativa diferenciada e inexistente em outro município, além disso, o gestor vem executando a iniciativa em virtude de uma necessidade particular existente, mas, sem qualquer garantia e fundamento legal do SUS.

O SMS relata a iniciativa para atendimento à população estrangeira,

[...] estamos disponibilizando um Centro Materno-infantil justamente direcionado para essa população residente no [...] (referindo-se ao país vizinho), sem ferir a soberania. Não queremos ferir a soberania do [...] (referindo-se ao país vizinho), no tocante à saúde mas queremos dar possibilidades aos brasileiros que residam lá de ter um acesso mais facilitado, principalmente as mães e as crianças, para que a gente possa resolver essa taxa de mortalidade que se encontra muito alta (G/FIA,16/06/2005).

Outras ações também são desenvolvidas no município, como é o caso das campanhas voltadas ao combate da Dengue, Raiva e AIDS.

O [...] que é feito com os caminhoneiros estrangeiros, digamos, é o “Saúde na Estrada”. É um exemplo de uma política. O Brasil, apesar de ter feito parcerias de ONG's, o município acho que não tem um apoio dos Ministérios também no sentido de atender estrangeiros que estão em trânsito no Brasil. Então aqui importa mesmo, nós temos esse projeto em [...] que é o “Saúde na Estrada”. E aí atende todos os estrangeiros, todos os que passam nesta região, que é uma região de grande fluxo de caminhoneiros do Mercosul e outros países da... daqui da América do Sul (G/FI, 21/11/2005).

Entre as prioridades apontadas pela maioria dos SMS's, já referidas anteriormente, estão as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Sobretudo, diante da intensidade dos fluxos transfronteiriços que vem dificultando a vigilância e o controle de algumas doenças, mais no caso da programação de imunizações e da estimativa exata da cobertura populacional. Essa questão tem sido discutida em diversas instâncias de negociação nacionais, pois tem prejudicado o planejamento das ações, como informou um SMS: "O que acaba prejudicando alguns indicadores, como, por exemplo, de cobertura vacinal e pré-natal. Há mulheres que chegam à cidade apenas no momento do parto, sem a realização do pré-natal no município".

Alguns SMS's também informaram a falta de oferta de serviços mais próximos das cidades fronteiriças. Com isso, há a necessidade de encaminhamento a cidades distantes da região, uma vez que determinados serviços só são ofertados em grandes centros urbanos e nas capitais dos Estados, fato que vem causando transtornos e demora nas análises e resultados de exames. Observa-se que este aspecto foi apontado como um dos fatores que dificultam a organização do sistema de saúde.

Constata-se que a integração para a realização de ações de saúde conjuntas foi considerada uma das principais prioridades para os municípios das regiões de fronteira. Sendo assim, na fronteira do Paraná, os SMS's mencionaram a existência de campanhas preventivas, como revela a fala de um SMS sobre os aspectos positivos destas iniciativas.

Para vocês terem uma idéia, a Saúde está tão bem integrada entre as três cidades (referindo-se a cidades brasileiras e uma estrangeira) que nós conseguimos, através dos eventos de Saúde, quebrar um pouco o paradigma de autoritarismo militar argentino. O militar argentino tem sérias seqüelas da Ditadura, então a "gendarmeria", que é a Polícia Federal deles, fardada, era muito prepotente e os aduaneiros também. Hoje dá para perceber a diferença ao passar. [...] A gente conseguiu quebrar esse paradigma, trazendo as autoridades para conversar e explicar a importância dessa relação mais cordial, até ironizando algumas ações, como o caso da Aftosa. O que adianta o controle no pé de (incompreensível) se do outro lado passa. Então a gente vai conversando, explicando e desenvolvendo a conscientização, porque a maioria das pessoas que estão aqui com um cargo público - não só em [...] (referindo-se a cidade vizinha estrangeira), mas, no Brasil também, são pessoas de fora sem nenhum comprometimento com as cidades daqui (P/BC, 11/11/2005).

O secretário ainda fala sobre as ações voltadas ao combate da Dengue e a troca de informações com o responsável pela saúde da cidade estrangeira.

Então essa preocupação existe. A questão da Dengue... De conscientização sim, eu não diria do agente brasileiro da Dengue passar de casa em casa em [...] (referindo-se a cidade vizinha estrangeira), porque nós não temos essa autonomia. Nós tivemos o caso de uma pessoa que trouxe a Dengue lá do Norte do Brasil e mora do lado do Posto de Saúde, então tivemos que fazer uma cobertura em 300 metros no derredor, 110% visível! Aí então o nosso primeiro problema. Nesses 300 metros temos [...] (referindo-se a duas cidades brasileira) e uma parte da Argentina! Mas a gente comunicou ao [...] (referindo-se ao responsável pela saúde da cidade estrangeira), com detalhes o caso e o procedimento que íamos fazer. Nós fizemos dentro da nossa área. Nós não passamos para o outro lado. Assim é o nosso procedimento (P/BC, 11/11/2005).

Quanto às ações de cooperação técnica entre os países, um secretário de uma cidade – gêmea do Paraná citou, entre as mais importantes: a educação permanente e a realização de congressos de saúde. Como destaca:

- 1- Começamos com a Educação Permanente, troca de informações dos temas entre todas as áreas de interesse que vínhamos discutindo;
- 2- Dessa troca de informações nós tivemos a idéia de fazer os Congressos de Saúde: o primeiro em julho, para sensibilizar também a questão do SIS - Fronteira, queríamos mostrar as autoridades de Brasília que nós já estávamos trabalhando juntos, em ações importantes, porque nós percebemos que nossos municípios deviam entrar no SIS - Fronteira. A idéia então era mostrar que já estávamos fazendo alguma coisa (P/BC, 11/11/2005).

Essa capacitação permanente ocorria a distância e contava com a participação de profissionais de saúde brasileiros e da cidade estrangeira. Entre os temas discutidos, estavam saúde em geral, atenção básica e relacionamento interpessoal. Com isso, formou-se um grupo de discussão, que funciona como explica o SMS:

As ações são colocadas no *site* em nome da Tânia e no meu nome, mas daí segue o nome de todos que participaram da reunião do dia tal, fulano etc, o tema discutido hoje foi, por exemplo, a história do atendimento acontecido lá na cidade tal. Lemos a historinha e depois a discussão: “Por que que não atendeu o paciente assim, assim...?” Cada um responde. E vocês poderão ver lá que temos uma página escrita em Espanhol e outra em Português, cada um responde no seu idioma (P/BC, 11/11/2005).

Constata-se que há dificuldades quanto à continuidade das ações desenvolvidas na região. Isso pode ser explicado pela falta de apoio e suporte tanto por parte do Ministério da Saúde quanto das Secretarias Estaduais de Saúde. Como é o caso do Programa “Saúde na

Estrada” e do programa de “Educação Permanente”, implementado por um município do Paraná.

Em Santa Catarina, um SMS informou a existência de iniciativas quanto à cooperação técnica. Uma delas é a implantação do Laboratório de Fronteira, que atenderá o município e a cidade estrangeira vizinha,

[...] nós estamos inaugurando um Laboratório de Fronteiras, que é um exemplo importante de integração, uma vez que os argentinos são assim, mais frios. [...] Então, eu já citei anteriormente, dois argentinos vão trabalhar aqui no Brasil, em cooperação técnica. E os exames auxiliares de diagnósticos e terapêuticas, que são feitos tanto lá como aqui: Raios-X, Eletrocardiograma, Ultra-sonografia, isso é cooperação técnica, que mais? Se eles precisarem do nosso Corpo de Bombeiros, eventualmente do nosso atendimento pré-hospitalar, nós emprestamos para eles também (PA/DCO, 10/10/2007).

Diante da inexistência de acordos ligados à área da saúde, alguns SMS’s enfatizaram a necessidade de firmar acordos mais efetivos entre as localidades de fronteira para tratar destas questões. Para um SMS:

Seria interessante que a gente colocasse no papel - já que vai ser [...], por exemplo, o SIS - Fronteira, não é? Enfim, colocar no papel que eles irão atender o nosso pessoal lá - porque agora o SIS - Fronteira é só nosso, não é deles! [...] É, seria interessante verificar se eles vão atender mesmo, ou se vão cobrar atendimento, lá!
Todas as áreas (referindo-se aos acordos)! Também a da Vigilância Sanitária e epidemiológica, sobre o que nós já estamos buscando um entendimento. O Calendário de Vacinação Único já é uma prova disso. É importante que se coloque tudo isso no papel, para que seja uma coisa formal. Porque tudo acontece mais informalmente; agora está passando a ser mais formal e interessante, porque eles são muito regrados. Eu gostaria que fosse assim! (PA/DCO, 10/10/2007).

Observa-se que a maioria dos SMS’s entrevistados se manifestaram favoráveis ao direito de acesso ao SUS pelos estrangeiros residentes em seus municípios. Mas, simultaneamente, reiteraram a necessidade de estabelecer ações prioritárias e que possam contar com a participação efetiva de ambos os países. Conforme a fala de um SMS, que é favorável ao direito de acesso ao SUS:

Sem dúvida. [...] porque eu considero que, na minha visão, uma região de fronteira ela é uma grande região sanitária. Deveria se organizar o acesso às

peças que vivem nesta região, independente da sua nacionalidade. Claro que para isso precisa de todo um trabalho de regulamentação dessa política, mas eu observo que, pela experiência que a gente vive aqui, esta não-integração ela é um complicador para o sucesso das Políticas Públicas de Saúde. Então, acredito que a integração, o acesso de todos no sistema único, digamos assim, de fronteira, ele facilitaria muito no planejamento, facilitaria muito na inversão das Políticas de Saúde e no resultado também (G/FIO, 21/11/2005).

Verifica-se que as regiões de fronteira não são vistas pelos secretários de saúde como um território compartilhado. Sendo assim, no caso da saúde, as políticas vêm sendo implementadas de forma isolada, com iniciativas individuais que se limitam apenas à demarcação geográfica. Nota-se que, em nenhum momento, os SMS's se referiram à região de fronteira como um território comum aos países, permeado por relações econômicas, sociais e culturais que devem ser preservadas. Também, é possível perceber que, em momento algum, os secretários salientaram as referências legais para as regiões de fronteira, como por exemplo, a Declaração Sócio - Laboral e a Carteira de Trânsito Vicinal.

O secretário ainda fala sobre a realidade de seu município e da necessidade de priorizar ações de saúde direcionadas voltadas para regiões de fronteira. Para o secretário,

[...] o principal problema na região de fronteira é você não, não... (reconhecer-se) como usuário do sistema. Por que você tem essa população, mas parece a população é aquela que você... que está morando no seu município, e não é. Você não reconhece isso, o sistema não reconhece isso. Então, parece que a gente está, que a nossa cidade se cerra ali, e não se cerra ali. Então, essa falta de uma regulamentação com a política de fronteira, de uma clareza [...] que a gente deve ter para os pacientes de fronteira, tudo isso vem ocasionando problemas na urgência/ emergência, na atenção básica. Eu acho que isso aumenta e muito os nossos índices tanto de mortalidade infantil, mortalidade materna, que muitas mortes poderiam ser evitadas no [...] (referindo-se ao país vizinho) se o acesso aqui fosse mais regulamentado. Há uma distância muito grande entre os indicadores do Brasil com [...] (referindo-se ao país vizinho), isso poderia ser melhorado, quer dizer... eu acho que é falta de regulamentação, é dizer: não de reconhecimento, de fronteira como uma grande área sanitária, isso é uma grande dificuldade para se planejar, e para colocar em prática ações nessa região e não nas cidades [...], eu acho que tem que ser tratado como uma grande região sanitária (G/FIO, 21/11/2005).

Pode-se constatar que algumas das prerrogativas estabelecidas na NOAS 2002 ainda não vêm sendo cumpridas pelas esferas estadual e federal, como é o caso da articulação entre os níveis hierárquicos do SUS. Diante disso, alguns secretários relataram enfrentar dificuldades de articulação com as Secretarias Regionais para atender certas necessidades dos municípios. Fato esse que tem se mostrado contrário aos objetivos iniciais do PDR, de que as

Regionais de Saúde fossem instâncias de fortalecimento e apoio das ações e serviços desenvolvidos pelos municípios.

Essa situação foi destacada por um SMS de uma cidade – gêmea paranaense, “[...] tem algumas áreas que eles (referindo-se à esfera estadual e as regionais de saúde) se sentem parte, que elaboram estratégias com o município, fazem fluxo bem adequado, isso sim. Mas tem horas que se coloca como se o município fosse o único responsável” (G/FI, 01/11/07). Observa-se, também, o relato de dificuldades quanto à falta de equipamentos (desde automóvel até material de consumo) para o desempenho das funções de uma Regional de Saúde em Santa Catarina. Segundo os relatos, essa situação vem dificultando o apoio às ações desenvolvidas nos municípios de fronteira.

O secretário de saúde do Paraná ainda menciona:

[...] Eu acho que essa é uma questão até, [...] que acontece em todos os âmbitos. Nós temos até que lembrar que o programa da vacina é tão importante quanto o preventivo do câncer uterino, o câncer uterino é tão importante quanto o programa de controle de diabete e da hipertensão, então isso parece uma questão que permeia toda a saúde [...]. Então, o Estado, as regionais acabam talvez não interagindo como deveriam com a gente, então acho bem importante essa pesquisa aí, porque nós teríamos que achar um mecanismo de fazer essa integração, sabe, e essa integração tem que ser feita no corpo a corpo mesmo (G/FI, 01/11/2007).

Essa fala ressalta a existência de dificuldades enfrentadas pelos municípios em seguir as regulações previstas pela Política Nacional de Saúde. Mesmo diante das legalidades já existentes, que procuram orientar a regulamentação do sistema, ainda é necessário o contato direto e muitas vezes informal com os demais níveis hierárquicos do sistema.

Nota-se que grande parte dos municípios ainda não incorporou por completo as responsabilidades determinadas pelo tipo de gestão a que está habilitado. Assim, muitos deles colocam-se como meros executores da política e não como participantes ativos no processo de planejamento do sistema local de saúde. Com isso, observa-se que os municípios não vêm desempenhando de forma eficaz as ações e serviços correspondentes a sua habilitação.

No que tange aos mecanismos de identificação dos estrangeiros que acessam o SUS, aspecto bastante citado, verifica-se a inexistência de mecanismos uniformes e regulares de identificação da demanda estrangeira. Alguns secretários informaram, como exigência para o acesso aos serviços de saúde, a apresentação de documentação de identificação, a qual confirme a nacionalidade brasileira e o comprovante de residência.

Identificou-se a existência de iniciativas de identificação dos estrangeiros em algumas cidades – gêmeas. Em Santa Catarina, uma cidade – gêmea se destaca pela implantação de um cartão SUS Municipal, onde cada área de abrangência das equipes de saúde da família terá diferenciação por cores. A finalidade do cartão é organizar a demanda e identificar os usuários, devido à grande procura de serviços por parte da população estrangeira. Sendo assim, o secretário explica como será o acesso: “Os que não tiverem esse cartão, nós atenderemos igualmente, mas aí sim, nós teremos um registro mais confiável, fidedigno, das pessoas que não são do município, que são atendidas” (PA/DCO, 10/10/2007).

Segundo o SMS, o encaminhamento a esse tipo de demanda já está previsto no SIS – Fronteiras. Portanto, na implantação do SIS – Fronteiras, serão propostos critérios de atendimento de maneira uniforme aos estrangeiros. Constata-se que estas estratégias vêm sendo freqüentemente utilizadas pelos municípios para superar as demandas e exigências das regiões de fronteira. São estratégias que os próprios secretários de saúde estão empregando para dar conta das necessidades, pois inexistente um sistema que contabilize essa demanda através do SUS.

A principal exigência mencionada pelos SMS's para o atendimento na rede pública de saúde diz respeito à documentação de identificação ou cartão SUS. Como relata um secretário: “[...] depende. Quando é uma consulta de rotina das pessoas daqui, é exigido o **cartão de Saúde**⁷⁷. Mas, em caso de emergência, nós não perguntamos se a pessoa é brasileira ou polaca; primeiro, a gente atende e depois procuramos o documento”. O secretário ainda complementa dizendo que esse documento é exigido independentemente da nacionalidade, “É exigido, com essa ressalva que eu falei: desde que não seja uma emergência” (PA/DC, 30/11/2005).

Alguns SMS's também assinalaram a omissão das informações por parte dos estrangeiros que buscam os serviços de saúde brasileiros. Essa omissão incide principalmente nos casos de solicitação de comprovantes de residência, critério utilizado por alguns municípios. Situação semelhante também é citada por dois SMS's de uma cidade - gêmea do Paraná em gestões diferentes. O primeiro secretário, em 2005, relata o registro dos atendimentos: “[...] é feito um prontuário do paciente residente no estrangeiro que foi atendido aqui, e isso faz como rotina, faz a identificação da sua origem. Para que a gente possa aí... só que tem muito pessoal que dá informações falsas [...]” (G/FIO, 21/11/2005). O atual SMS declara que a mesma situação ainda permanece:

⁷⁷ Grifo nosso.

[...] as pessoas omitem ou que as pessoas dizem que são filhos de brasileiros que vão trazer documentação na questão da urgência ou alguém que é brasileiro vem e diz que o filho e eles perderam a documentação, acaba a pessoa nem falando. Então, são situações que eles acabam criando para poder ser atendido, mas a documentação é solicitada tanto na unidade de saúde, hoje a gente também está pedindo o cartão SUS. Então vai ter determinados procedimentos de média e alta complexidade que são realizados só mediante a presença do cartão SUS. Mas a situação de urgência a gente acaba atendendo, mas sempre é solicitada a apresentação do documento e comprovante de residência (G/FI, 01/11/2007).

A situação também foi observada na fronteira do Rio Grande do Sul. Como informou um SMS: “No caso de vacinas, eles não precisam mentir porque nós não bloqueamos, mas em relação aos outros atendimentos, eles mentem o endereço, dão o endereço de algum familiar. Alguns têm endereço lá e aqui através de um namorado, mãe...” (M/SB, 17/01/2005).

No tocante às formas de registro e estimativa do número de atendimentos a estrangeiros em seus municípios, 60% dos SMS's disseram que, na maioria das vezes, os serviços de saúde do SUS ofertados aos estrangeiros não são registrados como prestados a estrangeiros⁷⁸. Esse fato foi relatado por trinta e um (31) municípios em que existe essa demanda. Menos da metade dos SMS's (40%) revelaram possuir uma estimativa do número de atendimentos mensais a estrangeiros em seu município.

Foram também apontadas pelos SMS's as formas de registro dos serviços de saúde prestados a estrangeiros: a) registros através de prontuário por paciente; b) identificação de origem do paciente; c) tabela feita pela secretária; d) registro feito somente nos casos de vacinação; e) registros de prontuário com o endereço que consta no comprovante de residência (exigência para o atendimento); f) registro feito no atendimento à população indígena; g) informações registradas através de ficha de atendimento individual manual; h) FA - Ficha de atendimento ambulatorial; i) anotações em caderno; j) registros na ficha/cadastro individual do paciente de acordo com sua nacionalidade, mas isso quando o paciente não omite o fato de ser estrangeiro ou residir em outro país, apresentando documentos/comprovantes de residência falsos. Os demais SMS's relataram não existir forma de registro específico para estrangeiros⁷⁹.

A maioria dos municípios (69%) afirmou não registrar os atendimentos como prestado a estrangeiros. Como o relato de um SMS catarinense: “Nós não diferenciamos nada, a maioria é brasileiro”. Apenas 40% (21) dos SMS's que atendem essa demanda de estrangeiros mencionaram ter uma estimativa mensal de atendimentos. Oito (08) SMS's apresentaram

⁷⁸ Os estrangeiros são registrados como brasileiros.

⁷⁹ Informações obtidas no estudo de Giovanella (et al, 2007).

estimativa média de até 10 atendimentos mensais a estrangeiros, como é o caso de um município do Rio Grande do Sul, “É insignificante a porcentagem em relação ao número de atendimentos. Nós não temos a estatística exata de pessoas que recorrem ao nosso serviço. Uma média de cinco, seis atendimentos, não chega a 10% do atendimento total do município” (M/SB, 17/01/2005). Sete (07) informaram estimativas entre 11 e 100 casos, e seis (06) SMS’s estimaram entre 100 e 500 casos atendidos por mês.

Constata-se que somente três municípios informaram os números exatos de registro dos atendimentos a estrangeiros. Estas informações foram obtidas anteriormente à implantação do SIS - Fronteiras, programa do Ministério da Saúde, que pode ter alterado a atitude dos municípios.

Em relação ao atendimento de brasileiros não residentes, um SMS de uma cidade - gêmea do Paraná disse ter uma estimativa destes atendimentos no município, que fica em torno de 20 % do total de atendimentos realizados mensalmente. Já aos estrangeiros que acessam o sistema e residem irregularmente no município, o mesmo SMS informou não haver estimativa.

Nota-se que a maioria dos municípios não apresenta nenhuma forma regulamentada de registro dos usuários estrangeiros que muitas vezes são inseridos no sistema como brasileiros ou naturalizados. Deste modo, é possível perceber a inexistência de mecanismos de registro eficientes dos atendimentos a estrangeiros. Isso pode ser observado no relato da maioria dos SMS’s que não souberam informar um número aproximado de usuários que acessam o sistema municipal de saúde.

Um SMS do Rio Grande do Sul expôs sua preocupação com o registro dos atendimentos a estrangeiros para apresentar dados confiáveis sobre sua realidade.

É essa iniciativa, há muito que eu queria tomar essa iniciativa. Quando eu dirigia ainda os serviços de prevenção do câncer de colo de útero, eu tinha assim mais ou menos uma estatística [...]. Então, a partir de outubro do ano passado, depois realmente dessas reuniões (referindo-se ao SIS - Fronteiras), primeiras reuniões então nós partimos para fazer esse registro, para a gente ter alguma coisa palpável, para quando eles vierem a gente dizer assim existe, isso aqui, a busca pelos nossos serviços é bastante grande, nos onera bastante (PB/JA, 01/02/2005).

O secretário também comentou que essa orientação para o registro dos atendimentos foi feita a todas as unidades básicas de saúde de seu município. Conforme o secretário:

Nós vamos estender a todas as [...] unidades, só que realmente devido ao que nós observamos com a proximidade do posto na unidade de saúde central como é muito próximo da fronteira, eles buscam muito lá, dificilmente eles vão em, nos outros postos, mas, de qualquer maneira, eu pretendo estender a todos os postos (PB/JA, 01/02/2005).

Em Santa Catarina, um SMS destacou que a procura por serviços é mais intensa por parte de brasileiros que residem na cidade estrangeira: “Os argentinos nos procuram em menor número, mas é feito um cadastro para eles também. Aqui a grande maioria é brasileira”.

Verifica-se que a busca por serviços de saúde por estrangeiros ocorre porque, na maioria das vezes, estes usuários já têm residência no Brasil. A maioria não dispõe de documentação brasileira, mas consegue acessar igualmente o sistema pelo fato de residir próximo às unidades básicas de saúde. Situação relatada por um SMS do Rio Grande do Sul:

Ah, no Brasil! Tem muitos uruguaios que moram aqui, como vice-versa, por exemplo, nós temos em torno de cinco mil brasileiros lá. Esse é um dado não considerado pelo censo do IBGE, há apenas um número estimado de cinco mil brasileiros que moram no Uruguai e não são atendidos lá (M/SL, 11/11/2005).

Entre os aspectos apontados pelos SMS's com menor frequência, está a questão da articulação entre os SMS's e os demais níveis de hierarquização do SUS. Nota-se que essa articulação iniciada em 1993 contou com a criação de dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Tais instâncias de negociação são importantes mecanismos de discussão e reivindicação principalmente para os municípios, pois suas demandas são apresentadas e planejadas de maneira conjunta.

Em relação a esse aspecto, os SMS's também falaram a respeito das formas de incorporação das necessidades de saúde junto à Comissão Intergestores Bipartite. De acordo com um SMS, essa incorporação de demandas ocorre via Conselho de Secretários Municipais de Saúde, que posteriormente são encaminhadas ao Conselho Estadual de Secretários de Saúde. Sendo assim, primeiramente os municípios fazem parte de uma microrregião de saúde e da Regional de Saúde. Estas instâncias se encontram periodicamente para diagnosticar as demandas, sejam individuais e conjuntas, que são, em seguida, encaminhadas à CIB para a negociação. Isso ocorre, pois algumas necessidades são compartilhadas por todos os municípios, como menciona um dos SMS de Santa Catarina “[...] porque as necessidades não

são diferentes nos municípios, embora as nossas sejam um pouco diferenciadas pela condição de fronteira que nós temos” (PA/DCO, 10/10/2007). Constata-se, também, a existência de um nível de hierarquização, que procura organizar as demandas seguindo sempre as determinações contidas na NOB 1996 e na NOAS 2002.

Segundo um SMS do Paraná:

A gente discute muito na Bipartite regional, porque têm municípios como nós que têm as mesmas situações, semelhantes a nossa. Vivenciadas não, tão em número como nós, mas eles também têm situações semelhantes. Tem se discutido na Bipartite estadual, e o que a gente tem discutido é dentro da especificidade do Pacto de Gestão é uma das coisas que a gente, justamente, quer que seja reconhecido, que aqui tem especificidades que é diferente de outros municípios (G/Fl, 01/11/2007).

Para alguns SMS's, essa localização, em regiões de fronteira, possibilita o contato direto com a população estrangeira, fato que se acentua quando os perímetros urbanos são compartilhados. Como aponta um SMS de Santa Catarina: “Porque os perímetros urbanos se confundem num só, três perímetros urbanos (referindo-se ao seu município, que faz divisa com um município brasileiro de outro Estado e a fronteira estrangeira)” (PA/DCO, 10/10/2007).

Observa-se que, de certa maneira, as propostas da Política Nacional de Saúde vêm sendo realizadas nos municípios. Deste modo, pode-se afirmar a existência de um nível institucional formal no encaminhamento das demandas (seguindo o que prevê a hierarquização), que conduz as relações entre as instâncias de gestão do sistema de saúde, e que determina as mediações entre as esferas de governo. Sendo assim, os municípios vêm se adequando para cumprir com as normas estabelecidas pela legislação do SUS. Essa situação revela um bom nível de institucionalidade do sistema, que normatiza as ações dos SMS's dentro do SUS. Da mesma forma, a apresentação das demandas também obedece ao que preconiza essas normatizações.

Outro ponto citado, embora com pouca frequência, refere-se às pautas de negociação para a elaboração PPI/ Colegiado de Gestão Regional. Frente à questão, os SMS's mencionaram a realização de pactuações com os municípios de maior proximidade geográfica, de maneira coletiva e conjunta, conduzindo as necessidades para discussão nas microrregionais de saúde. No caso das demandas individuais, os municípios as encaminham de acordo com a legislação específica do SUS. Logo, verifica-se que os municípios possuem pautas de reivindicação pertinentes a sua área de abrangência, especificidades e tipo de gestão individual, e outra conjugada aos demais municípios de sua microrregião de saúde.

Conforme um dos SMS, foram feitas discussões no Colegiado de Gestão com a presença das Regionais de Saúde, para reivindicar conjuntamente questões de saúde que envolvem as especificidades da fronteira. Como se percebe, essa articulação vem fortalecendo iniciativas conjuntas e as relações entre os municípios, favorecendo a crescente discussão da realidade local. Como enfatiza um dos entrevistados,

Inclusive teve apresentações, teve discussões dentro desse Colegiado,[...] Até teve uma reunião, que teve a presença da 20ª e da 10ª regional, [...] têm municípios que tem as dificuldades que a gente tem [...], justamente para a gente tentar ver em bloco estas questões dessa especificidade local (G/FI, 01/11/2007).

Constata-se que essas pautas de negociação vêm interferindo na organização das ações e serviços ofertados, ou seja, os municípios estão se adequando a essas pautas de negociação de acordo com as demandas. Destaca-se, ainda, que a forma como são organizadas as pautas de negociação vem alterando a articulação entre os municípios dentro do Colegiado de Gestão Regional⁸⁰.

Quanto à coordenação e controle da organização do sistema local de saúde, um SMS de Santa Catarina informou que as ações e serviços de saúde são coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde. Assim, os programas existentes são coordenados por equipes responsáveis, como, por exemplo, a vigilância sanitária e epidemiológica, os TFD's, marcação de exames de média complexidade, bem como, os responsáveis pelos programas SIS – Colo, SIS Pré-natal e o hiper - dia.

Um SMS do Paraná também aponta os serviços ofertados em seu município:

Então, nós temos a rede de assistência, nós temos a atenção básica, a especializada, a hospitalar, e daí também tem aquela média e alta complexidade também. Nós temos a questão do PSF e os PACS que também participam. Nós temos a parte de vigilância em saúde com todas aquelas áreas constituídas, nós temos o sistema de auditoria, de supervisão e controle, é onde que pega mais assim esse grupo que faz esse monitoramento, a supervisão e o controle (G/FI, 01/11/2007).

Segundo Giovanella et al (2007), outro tipo de implicação para a organização do SUS dos municípios fronteiriços diz respeito às questões legais. Isso ocorre tanto para a compra de serviços no outro lado, quanto na contratação de profissionais. Além disso, outro impeditivo

⁸⁰ O Colegiado de Gestão foi pensado para atender as especificidades regionais, mas ainda não foi implementado. As falas dos secretários se referem às negociações para a elaboração da PPI e não do Colegiado de Gestão Regional, ainda não implementado pelos municípios.

para o atendimento a estrangeiros é o cartão do SUS, necessário para qualquer tipo de procedimento na saúde pública.

A questão da quantidade dos recursos humanos foi apresentada com frequência como uma dificuldade para os municípios localizados na região de fronteira do Rio Grande do Sul. Situação essa que tem se agravado em função da crescente procura por serviços pela população estrangeira, o que vem causando transtornos no planejamento, na qualidade e oferta dos serviços de saúde. Como expressa um SMS:

Logicamente que tem alguns serviços que nós temos mais avançados, inclusive do lado [...] (referindo-se ao país vizinho). Em contrapartida, na questão da mão de obra dos profissionais, principalmente da área médica, nós temos algumas dificuldades. Eu sei que não é só uma característica aqui da nossa cidade de fronteira, mas de todas as cidades, pelo menos do Rio Grande do Sul, que temos algumas dificuldades com os profissionais (M/SL, 11/11/2005).

Portanto, foi possível verificar, com os relatos, que a maioria dos SMS's se posicionam como meros executores da política de saúde e isentos das responsabilidades na organização da política. Ao que parece, alguns SMS's ainda não incorporaram as novas funções como prevê a legislação atual do SUS. A impressão que se tem é que existe uma incessante espera para que "alguém" resolva determinadas questões relacionadas à política de saúde, quando, na verdade, os SMS's são co-participantes na organização do SUS. A legislação prevê a organização como uma responsabilidade de competência da esfera municipal, e neste caso as orientações são bastante precisas.

Em relação à organização dos serviços de saúde e à cobertura populacional do SUS, 49% dos entrevistados consideraram regulares e 43% consideraram boas ambas as dimensões do funcionamento do SUS. Quanto à garantia de referência para ações complexas do sistema, esse aspecto foi avaliado de maneira negativa por 40% (27) dos SMS's, que afirmaram como ruim o funcionamento do SUS.

No que concerne à avaliação do funcionamento do SUS no município, a maioria dos SMS's considera bom o funcionamento do SUS e relacionou alguns aspectos para justificar esse desempenho: qualidade da atenção prestada (91%), ações de vigilância epidemiológica (90%), cobertura populacional (85%), os recursos financeiros gastos em saúde (78%), a organização dos serviços de saúde (69%), a oferta de ações e serviços de saúde (64%), as ações de vigilância sanitária (66%), a quantidade e tipos de recursos financeiros (52%). Sobre o funcionamento do SUS em sua região, os SMS's consideraram boas as ações de vigilância

epidemiológica (82%), as ações de vigilância sanitária (57%), a qualidade da atenção prestada pelo SUS (52%) e as ações de vigilância ambiental (49%).

Os secretários se dividiram ao avaliar a garantia de referência para ações complexas: 45% dos secretários a consideraram regular e 21% consideraram ruim a garantia de referência para ações complexas em seu município. Quanto à qualidade da vigilância ambiental, 40% dos SMS's avaliaram como boa.

As distâncias geográficas foram citadas pelos SMS's como entraves no encaminhamento de pacientes para a média e alta complexidade. Em alguns casos, as distâncias chegam a 800 km, como é caso dos municípios localizados na fronteira de Santa Catarina, para a realização de consultas especializadas, exames, procedimentos de média e alta complexidade. A mesma situação também foi relatada por SMS's dos três estados.

De acordo com a Regionalização, prevista na NOAS 2002, o sistema vem buscando organizar a rede de assistência em saúde de cada Estado. Frente à questão, um SMS do Rio Grande do Sul explica como funciona a organização do sistema em sua região:

Existe uma política de governo que se chama: Plano Diretor de Regionalização, onde o Estado separa em macro e microrregiões (referindo-se à área da saúde). O município de [...] (referindo-se ao seu município) é sede do Plano Diretor e é referência para municípios como X e Y. Eles não têm hospital, assim, toda demanda deles vem para cá, isso através do Plano Diretor. O que [...] não tem condições de atender é enviado para o município que pode atender, como Santa Maria, Porto Alegre. Então o PDR, dá o encaminhamento para o município atender a demanda específica, seja de média complexidade, alta complexidade ou até de baixa complexidade se houver condições de atender. Através do PDR nós temos acesso a laboratórios, exames de diagnósticos, tratamento com quimioterapia, nós temos para onde encaminhar. [...] Sem esse plano, ficaria muito difícil, teria que construir um hospital em cada município. Dessa forma, se eu tenho um tomógrafo e o teu município não tem, você pode vir aqui ser atendido (M/SB, 17/01/2005).

Essa situação realmente seria a ideal, mas, conforme o relato de alguns SMS's, na prática, não vêm sendo observados. Como desabafa um SMS de Santa Catarina:

Não funciona, não funciona. Está em estado péssimo. Porque veja, talvez pela nossa posição geográfica. Que nós estamos aqui, muito mais perto de Porto Alegre, que é a capital do Rio Grande do Sul, tanto de Curitiba no Estado do Paraná, do que da nossa capital [...] que está aí com boa vontade 730 km daqui [...].

A maioria das resolutividades, de cirurgias, de atendimento de média, de alta complexidade nem se fala, é tudo na capital [...]. Dependemos tudo dos benditos TFD's, tratamento fora de domicílio. E aí mandar gente para se

tratar em X, é 800 km [...]. Então, nós precisamos descentralizar essa saúde (PA/DCO,10/10/2007).

Quanto a esse aspecto, as falas dos secretários apontam o não cumprimento do previsto com a hierarquização dos serviços, como é o caso da referência e contra - referência intermunicipal mencionado com bastante frequência. Com isso, um SMS de Santa Catarina relata:

[...] o Hospital Regional, que conta com excelentes profissionais, ele está super lotado. [...] São inúmeros os municípios que tem que ser atendidos pelo Hospital Regional, e ele não dá conta dessa demanda, [...]. Veja, é enorme esse nosso oestão aqui de Chapecó para cá, e muitos municípios circunvizinhos lá de Chapecó. Eles não dão conta da demanda. Então, praticamente a resolutividade se torna muito pequena, porque [...] não existem vagas. Nós sofremos aqui com o problema, por exemplo das UTI's. Nós só temos em Chapecó. Y (referindo-se ao município referencia) não tem UTI. Então X (referindo-se a outro município da região), que nos ajuda também agora, principalmente, na área de cardiologia. Inclusive intervenções na área de cardiologia cirúrgica, intervencionista, hemodinâmica, X agora está melhor equipada. Y, por exemplo, não tem nenhuma UTI. Que seria nossa primeira referencia. Y, que tem grande quantidade de médicos e bons especialistas, mas que não atendem pelo SUS (PA/DCO, 10/10/2007).

O mesmo secretário também ressalta a preocupação com a falta de estrutura do município que seria a referência, em termos de hierarquização, para o seu município e os demais da microrregional de saúde a que pertence.

É, os internamentos que nós precisamos, digamos assim, é para a resolutividade em Y (referindo-se ao município referencia). Nós temos alguns casos cirúrgicos que nós conseguimos, de aparelho digestivo, mas a resolutividade é pequena em Y. [...] porque existe um banco de sangue, digamos. Se Y não conta com uma UTI ou CTI, não conta com um banco de sangue. Enfim, é lógico que os pacientes mais graves têm que ir para Chapecó. E Chapecó, muitas vezes, não tem vaga, [...] é o caos. Morre gente, morre gente, por falta de...bom, isso não é novidade nesse país. [...] Então, são só duas UTI's, Xanxêre e Chapecó. Agora Concórdia, também, mas é que já está fora da nossa, digamos, da nossa área de abrangência. E nós temos, então, uma falta muito grande e acabamos batendo em X (referindo-se à capital) com muitos tipos de atendimento (PA/DCO, 10/10/2007).

Observa-se que o processo de regionalização em Santa Catarina ainda não se adequou às orientações da NOAS 2002, nem em termos de estrutura física, administrativa e de recursos

humanos, nem quanto aos aspectos financeiros. Diante disso, é possível verificar que vários procedimentos que poderiam ter resolutividade nas regiões de saúde não acontecem, concentrando sua realização na capital, como cita o SMS:

Em especialidades que não existem na região. Não que não existam, mas que não estão disponíveis pelo SUS. Os exames complementares e diagnósticos, como tomografias computadorizadas, como ressonâncias magnéticas, angiografias. Enfim, os exames mais especializados, de maior complexidade, todos têm que ser...[...] X (referindo-se à capital). [...] nós temos uma população bastante, é, carente, doente e sem recursos. Então, os encaminhamentos são muitos para, para X (referindo-se à capital). Nós temos vans que vão praticamente, iam toda semana para X (referindo-se à capital), para Chapecó e enfim... [...] Exames e consultas, e cirurgias, enfim, tá muito centralizado tudo na capital. Tem que descentralizar, tem que dar melhores condições para Chapecó e tem que dar melhores para Y (referindo-se ao município referencia) (PA/DCO, 10/10/2007).

Em termos de organização do sistema de saúde, os municípios localizados em regiões de fronteira apresentam diversas especificidades não contempladas, até o momento, pela Política Nacional de Saúde. Nota-se ainda a presença de diversos fatores que entravam a qualidade e quantidade dos serviços de saúde ofertados, entre eles, a não adequação ao processo de regionalização indicado pela NOAS 2002.

Perante tal situação, é possível perceber que, entre as iniciativas que poderão fortalecer as relações de integração dos países (Brasil, Uruguai, Argentina e Paraguai), e prioritariamente o campo da saúde, é o projeto SIS – Fronteiras. Mas, verifica-se que sua implantação ainda caminha a passos curtos.

4.2.2 Gestão dos Serviços – incorporação de novas regras

Com as Normas Operacionais, desde 1993, foram criadas condições de gestão que exigiram transformações institucionais significativas a todas as esferas de governo. No caso da esfera estadual, essas transformações delegaram novas responsabilidades que conduziram à transição das funções de prestação direta de serviços assistenciais para as Secretarias Estaduais de Saúde. Sendo assim, coube a esta esfera a responsabilidade pela coordenação das ações de alta complexidade, da hemorrede, dos laboratórios centrais, do tratamento fora de domicílio e das ações de capacitação (OPAS, 2003).

Aos municípios, esse processo deu ênfase ao desenvolvimento de instrumentos e capacidades de gestão da atenção à saúde nos níveis primário e secundário. Tal situação exigiu a adoção de medidas para a melhoria da qualidade das ações e da gestão frente à ampliação da complexidade das atribuições. Diante das transformações estruturais ocorridas no período de implantação das Normas Operacionais, também estiveram presentes novas incorporações tecnológicas na gestão do sistema de saúde. Portanto, de forma gradativa, verifica-se que a construção do SUS implicou o rompimento com os padrões anteriores, “fortemente ligados a estruturas burocráticas – administrativas” (OPAS, 2003, p. 66).

A gestão dos serviços foi considerada como um dos avanços mais importantes no processo de implementação do SUS. As NOB's e as NOAS difundiram a descentralização, que gerou novas atribuições na gestão dos serviços de saúde em cada esfera de governo. Nota-se que a esfera municipal foi a que apresentou as mudanças mais significativas em relação à descentralização da política de saúde.

Quanto à habilitação, a quase totalidade dos municípios envolvidos na pesquisa se encontram habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica – A (GPAB - A). Apenas um município, Foz do Iguaçu, encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Até o momento não foi mencionada pelos SMS's a adesão ao Pacto pela Saúde, já que o documento é recente. Alguns secretários informaram que já receberam o documento e estão se adequando às novas regulamentações.

Com respeito ao tipo de gestão dos municípios, observa-se na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai e Argentina, que em sua totalidade (29) estão habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Situação semelhante ocorre em Santa Catarina, os municípios (10) também estão habilitados em GPAB –A. No Paraná, do total de municípios (19), a maioria (18) está habilitada em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e apenas um (01) em Gestão Plena do Sistema Municipal. Esses dados confirmam a adesão dos municípios ao que vem sendo regulamentado pela Política Nacional de Saúde.

Neste eixo de análise, alguns aspectos apareceram com maior frequência na fala dos SMS's. Entre os mais citados, estão: a falta de protocolos e orientações para o atendimento a estrangeiros, existência ou não de mecanismos de organização da demanda, a referência e contra – referência, a busca por procedimentos de alto custo e medicamentos. Alguns aspectos foram citados com pouca frequência pelos SMS's, como: as formas de alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIAB e a coordenação e controle das ações e dos serviços de saúde do município. Estes aspectos serão detalhados a seguir.

A crescente demanda nos serviços de saúde por estrangeiros foi relatada sem exceção pelos SMS's nos três estados da região Sul. Na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai, verifica-se que essa demanda vem causando transtornos para o planejamento das ações e serviços de saúde, pois implica uma demanda extra que não entra nas estatísticas municipais. Ou seja, a população estrangeira que acessa os serviços de saúde não é inserida como tal nos dados demográficos dos municípios.

Quanto ao atendimento prestado para essa população, foram mencionadas nesta faixa de fronteira ações envolvendo a investigação epidemiológica e o controle de doenças infecto-contagiosas. Foram também citadas demandas na prestação de serviços domiciliares, ambulatoriais, hospitalares e o atendimento de urgência e emergência, nos casos de transferência e co-transferência de pacientes para outros níveis de complexidade do sistema.

Frente à demanda estrangeira, alguns SMS's informaram os critérios utilizados para o atendimento em seus municípios. Na atenção básica, o Cartão SUS é considerado o critério mais efetivo no atendimento aos estrangeiros. Mas um dos SMS informa que, mesmo diante de tal exigência do cartão, o atendimento é prestado igualmente aos que não são cadastrados. Diante disso, um SMS do Rio Grande do Sul cita: "Isso implica em atendimento que não entra nas estatísticas nacionais do SUS. Na fronteira não tem isso de atendimento só a naturalizados" (QI, 2005). Observa-se, a partir dos relatos, que a falta de clareza dos secretários e profissionais vem dificultando o cumprimento das regulações já existentes. Esse fato tem exigido dos municípios estratégias cada vez mais individualizadas para superar tais dificuldades.

Constata-se, nos casos de urgência e emergência que a exigência do cartão não é mencionada, situação que vem tornando o controle dos atendimentos ineficaz. Na atenção básica, verifica-se a inexistência de critérios claros e efetivos (seja documentação de identificação ou Cartão do SUS) quanto ao atendimento à população estrangeira. Para os estrangeiros naturalizados, os critérios citados por alguns SMS's referem-se à exigência de documentação de permanência legal no país, ou ainda, de documentação de identidade.

Nota-se, nesta região, a frequência de troca de favores entre profissionais e representantes políticos, fator que evidencia um nível informal de institucionalidade que vem conduzindo essas relações há tempos. Portanto, verifica-se que os municípios estão criando mecanismos próprios no sentido de limitar a entrada de estrangeiros, pois as consultas e determinados procedimentos são limitados. Isso vem ocorrendo com frequência aos uruguaios e paraguaios que buscam os serviços no lado brasileiro.

Na fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina, os SMS mencionaram que a procura por serviços tem causado implicações quanto às internações hospitalares, à falta de AHI's e à superlotação, causada por essa demanda estrangeira. Situação que se agrava pela falta de medicamentos e maior gasto com transporte para deslocamento destes pacientes.

Segundo alguns SMS's, a localização traz várias preocupações para os municípios. Primeiramente com as epidemias, já que é local de trânsito entre os países e que apresenta um fluxo de pessoas bastante intenso. Esse aspecto vem sendo discutido em diversos fóruns de representação, tanto em brasileiros quanto em países vizinhos, fato que conduziu à proposição de iniciativas buscando a cooperação conjunta, como é o caso das campanhas de vacinação já realizadas conjuntamente.

Nesta região, tem-se a presença de iniciativas que visam promover ações voltadas ao controle sanitário e epidemiológico. Mas ressalta-se que tais iniciativas são observadas somente no lado brasileiro da fronteira. São ações que envolvem o controle de algumas doenças como a Dengue e a AIDS, além das campanhas de vacinação rotineiras. Constatou-se que essa é uma preocupação constante dos SMS's, que relatam ser essa região a porta de entrada para diversas doenças. É possível perceber que, mesmo diante de iniciativas e discussões sobre a saúde e dos acordos já firmados, as regulamentações sinalizadas não vêm sendo seguidas pela maioria dos municípios, como é o caso da Lei do Estrangeiro e os acordos de trânsito já existentes.

Foi possível observar que as ações mais procuradas por estrangeiros nos três Estados da região Sul ocorrem com maior frequência na atenção básica: a) busca por medicamentos (62%); b) consulta médica de atenção básica (60%); c) imunização (50%) e parto (50%); d) exames patologia clínica (49%); e) emergência e pré-natal (45%). Para serviços especializados, essa procura também é constatada, relacionada principalmente: à internação hospitalar (40%), atenção odontológica (38%), serviços de radiodiagnóstico e imagem (38%). Mencionada com menor frequência pelos SMS's, está a procura por consulta médica especializada (28%) e procedimentos de alta complexidade (13%), fato que se explica pela baixa oferta de atenção especializada na maioria dos municípios envolvidos na pesquisa.

Diante da situação, constatou-se que essa procura por serviços de saúde vem causando transtornos, especialmente em relação: à falta de AIH's; ao controle epidemiológico, com prevenção da entrada de doenças nos municípios; gastos financeiros, com profissionais, pagamento de exames e falta de medicamentos. Logo, verifica-se a inexistência de organização do atendimento aos usuários estrangeiros, assim como, a falta de mecanismos de controle eficazes frente à demanda. Além disso, a inexistência de critérios efetivos para esse

atendimento tem se refletido na diversidade de interpretações a respeito do direito ao acesso a serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Em Santa Catarina, os SMS's apontaram as diferenças culturais como entraves para o atendimento à população indígena que reside na região de fronteira. Portanto, essa situação vem sendo relatada e tem ocasionado uma atenção ainda maior, visto que são usuários que muitas vezes não compreendem e não seguem as orientações dos profissionais de saúde. Ademais, muitos destes não apresentam documentação e nem falam o português.

Um aspecto destacado com frequência pelos SMS's de Santa Catarina concerne à inexistência de mecanismos de inserção dos estrangeiros no banco de dados do SUS, pois essa população não é contabilizada nos dados demográficos do IBGE. Outro aspecto diz respeito à inexistência de prontuário dos usuários, o que vem dificultando a ação dos profissionais quanto à integralidade e qualidade do atendimento.

A mesma situação também foi apresentada por SMS's do Rio Grande do Sul e do Paraná, devido à inexistência de um campo específico no banco de dados do SIA/ SUS para inserir o atendimento aos não nacionais. Tal ausência tem levado vários municípios a registrar os atendimentos à parte para apresentá-los às devidas instâncias de discussão. Parece ocorrer, tanto por parte do MS quanto das Secretarias Estaduais, a falta de iniciativas no sentido de apoiar e dar suporte aos municípios para a resolução destas dificuldades.

No Paraná, os SMS's salientaram, entre as preocupações mais frequentes, a busca por internações hospitalares e a referência para outros níveis de complexidade do SUS, que é dificultada para os estrangeiros pela exigência de documentação. O relato a seguir exemplifica essa questão: “Quem vem até o município buscar o SUS não são os argentinos, mas alguns brasileiros que moram nestas comunidades rurais [...]. Somente aqueles que já foram cadastrados recebem o atendimento” (P/PA, 2005). Observa-se que a exigência de documentação é um fator que vem limitando o acesso à população estrangeira. Tal estratégia foi adotada por alguns SMS's para conter o excesso de demanda e a sobrecarga nos serviços de saúde, sobretudo na atenção básica.

Outras preocupações que também aparecem nas falas dos SMS's se relacionam ao alcance das metas de vacinação, do SIS Pré - natal e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), do atendimento odontológico e do fornecimento de medicamentos. As referidas inquietações procedem, já que os municípios não dispõem de mecanismos para contabilizar esses usuários e nem informar o procedimento realizado. Por conseguinte, para o SUS, esses usuários e os serviços prestados não existem ou existiram. Essa situação é observada na

maioria dos municípios localizados em regiões de fronteira, fato que vem comprometendo o planejamento dos serviços de saúde. Como descreve um SMS do Paraná:

[...] temos brasileiros que moram na Argentina e os filhos nasceram lá, mas quando precisam de atendimento mais especializado, os médicos argentinos encaminham para cá, e o SUS não paga pelo procedimento de estrangeiros, e assim o município arca com as despesas (PA/CA, 2005).

A mesma situação é enfrentada na fronteira do Estado com o Paraguai, onde os SMS's apontam um aumento crescente no fluxo de usuários que procuram serviços de saúde. Situação que também vem comprometendo o planejamento das ações e serviços, incidindo diretamente no orçamento municipal. Esse fluxo torna-se um agravante, pois trata-se de usuários que não são agregados aos dados demográficos municipais.

Um aspecto mencionado com frequência pelos SMS's diz respeito à inexistência de protocolos e orientações para o atendimento a usuários estrangeiros. Como enfatiza um SMS paranaense, “porque o município atende os brasiguaios (referindo-se aos brasileiros residentes no Paraguai) vindos do Paraguai, em qualquer situação” (PB/SMI, 2005). Outro SMS do mesmo estado também comenta, “[...] há um grande fluxo de pessoas que vêm do Paraguai, assim a demanda torna-se maior do que a oferta dos serviços” (P/ER, 2005). É possível comprovar a inexistência de qualquer tipo de ação preventiva no lado paraguaio, e em alguns municípios do país vizinho, nem a presença de postos de saúde ou similares. Isso faz com que exista um fluxo unilateral, do Paraguai para o Brasil.

Os municípios brasileiros desta linha de fronteira se caracterizam como de pequeno porte e oferecem apenas atenção básica, sendo necessário buscar procedimentos especializados em hospitais conveniados localizados em outros municípios. Com isso, os SMS's relataram a falta de AIH's, quando há necessidade de encaminhar pacientes para outros níveis do sistema. Como sinaliza um SMS do Paraná: “Então a cota de AIH é pequena e não dá conta da demanda, pois há muita procura por parte dos brasiguaios, geralmente em caso de emergência” (P/PB, 2005). Verifica-se que o processo de descentralização do SUS não ocorreu de maneira satisfatória, muitos municípios não conseguem seguir as orientações da hierarquização, como preconizado, pela falta de equipamentos e a superlotação dos municípios pólo, sua primeira referência.

Alguns secretários relataram a ocorrência de restrições no atendimento aos brasileiros residentes, fato que se agrava ainda quando há procura pela população estrangeira. Diante disso, um SMS do Paraná cita, “[...] para resolver os problemas de saúde da nossa população,

já está difícil, e acabamos atendendo também os paraguaios, realizando encaminhamentos e procedimentos pelo SUS, pois estes estrangeiros têm livre acesso e são cidadãos” (P/ME, 2005). Nota-se que o relato aponta para a existência de uma diversidade na compreensão do direito à saúde, devido à falta de protocolos que orientem o atendimento a essa demanda.

Uma questão que também aparece nos relatos dos SMS's tange à não continuidade do tratamento quando os usuários retornam ao país de origem. Com isso, os profissionais não conseguem realizar o acompanhamento adequado aos pacientes, que, na maioria das vezes, retornam com o mesmo problema de saúde ou com o quadro agravado. Sobre a questão, um SMS do Paraná informa a falta de controle, referência e acompanhamento a estrangeiros: “O principal problema é que não há um prontuário com a história progressiva do usuário ao qual a equipe possa recorrer, o que dificulta o atendimento” (P/PO, 2005). Essa situação expõe a inexistência e a dificuldade da troca de informações entre profissionais e a qualidade no atendimento.

Essa questão parece revelar a falta de iniciativas por parte do MS, como responsável pela articulação internacional, em criar mecanismos que facilitem o acesso a informações e o encaminhamento de pacientes entre os dois países. Tal fator tem se revelado um entrave aos municípios, uma vez que não existem ações coletivas, fazendo com que cada um desenvolva ações de maneira isolada para atender as novas exigências.

Portanto, em relação aos protocolos e orientações para o atendimento a estrangeiros, é possível identificar duas situações. Primeiramente, constata-se, em alguns municípios a presença de mecanismos que orientem a demanda assistencial em saúde por parte dos estrangeiros, construídos à revelia do MS e por iniciativas de gestores dos municípios fronteiriços. Frente à questão, os relatos sinalizam a existência de protocolos em várias áreas, principalmente na assistência e nas vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental. Conforme o SMS de uma cidade - gêmea do Paraná: “Têm orientações com relação a esse tipo de procedimento” (G/FI, 01/11/2007). E ressalta ainda:

Muitos (referindo-se aos protocolos) são com base também no estadual ou no federal, mas eles são voltados para nossa realidade. Por exemplo, a assistência especializada, encaminhamentos, atendimentos, ele tem um referencial, mas a gente tem uma adaptação para a nossa realidade (G/FI, 01/11/2007).

Quanto aos critérios, alguns SMS's também informaram a exigência rigorosa de documentação⁸¹, caso contrário, o serviço não é ofertado, tanto para usuários brasileiros como aos estrangeiros. A maioria dos secretários disse que o atendimento é prestado a estrangeiros apenas em casos de urgência, como cita o SMS de uma cidade gêmea do Rio Grande do Sul, “[...] só em caso de emergência. Até porque tudo é só com o cartão SUS agora. A farmácia, por exemplo, não fornece o atendimento se a pessoa não tem o cartão SUS” (M/SL, 11/11/2005). Esses critérios vêm sendo cada vez mais utilizados como estratégias para controlar o acesso aos serviços de saúde por estrangeiros em alguns municípios da região Sul.

Alguns SMS's destacaram ainda a existência de orientação aos profissionais que atuam nos serviços de saúde quanto ao atendimento a estrangeiros. Situação essa informada por um SMS do Rio Grande do Sul ao se referir à realidade do município:

Só essa questão do cartão SUS, ele tem que encaminhar a documentação (referindo-se aos usuários estrangeiros), se ele não tem o documento, ele tem que encaminhar os documentos para se habilitar. Para fazer o cartão SUS. [...] Eu não conheço uma norma por escrito, não existe essa norma, mas temos a orientação geral de que tem que ter o cartão SUS (M/SL, 11/11/2005).

Nota-se que alguns secretários não têm clareza quanto aos procedimentos a serem seguidos e até mesmo em relação à legislação já existente no SUS. Também se percebe o desconhecimento de critérios específicos que orientem esse tipo de atendimento.

Entre as barreiras para o acesso ao SUS a estrangeiros, a que aparece com maior frequência na fala dos secretários (69%) é a exigência de documento de identidade, posteriormente 49% dos SMS's afirmaram a exigência de comprovante de residência e documento de identidade simultaneamente. Para Giovanella et al (2007), essas barreiras, por um lado, dificultam o acesso ao SUS para estrangeiros e brasileiros, mas, por outro, fazem com que esses usuários recorram a estratégias para acessar o tratamento necessitado, como, por exemplo, a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros.

Perante a situação, alguns secretários informaram que um percentual elevado de usuários estrangeiros apresenta endereço falso como estratégia para acessar o sistema de saúde, o que causava transtornos e discussões entre usuários residentes nos municípios e estrangeiros, que disputam as vagas principalmente na atenção básica. A fala de um SMS do Rio Grande do Sul relata a questão:

⁸¹ Cartão SUS e carteira de identidade.

É porque teve uma época que nós suspendemos devido a grande procura, nós suspendemos e por conta disso do que nós falamos anteriormente devido ao nosso usuário do SUS reclamar. Porque eles vinham em quantidade, então eles realmente tomavam conta, então foi suspenso durante e depois com isso o pacto que o Brasil e o X (referindo-se ao país vizinho) nós voltamos a atender, mas realmente até o próprio hospital daqui tinha uma demanda muito grande e se limitou por conta disso (PB/JA, 01/02/2005).

Situação semelhante foi evidenciada em alguns municípios do Paraná. Devido à proximidade geográfica, constatou-se a frequência de casamentos de brasileiros com estrangeiros e vice – versa, única e exclusivamente para garantir o acesso nos serviços de saúde brasileiros. Essa condição vem possibilitando o deslocamento de estrangeiros que muitas vezes têm parentes (filhos, netos, tios, etc.) no Brasil. Como aponta um SMS do Paraná,

[...] por exemplo, as pessoas que têm os filhos casados aqui - e a miscigenação é evidente - vêm para a casa dos filhos e a agente comunitária de saúde, que passa regularmente na casa, regulariza a Carteira de Saúde deles. E, através dessa carteira, quando a pessoa vem aqui a gente fica sabendo: “Ah, eu sou morador de Y (referindo-se ao município brasileiro)”, “eu sou morador de Z (referindo-se a outro município brasileiro)”. Mas a verdade é que essas pessoas estão dependendo dos filhos e vêm aqui e nós sabemos. Muitas vezes a pessoa não fala nem Português, só o espanhol. Mas nós atendemos, encaminhamos para a oncologia, encaminhamos para a cirurgia, não vamos discriminar a esse ponto! Legalmente, ela comprova que está vivendo com os filhos em Y, por exemplo. É muito comum, caso de pessoas que usam nosso sistema nessas condições (P/BC 11/11/05).

Diante disso e visando um controle mais efetivo sobre essas estratégias de acesso ao SUS, alguns municípios iniciaram a implantação de um cartão municipal de saúde, que é obrigatório para a marcação, o momento das consultas e demais procedimentos. Os SMS's disseram que esse cartão é atualizado periodicamente através de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS), para comprovar a presença dos usuários no endereço informado. Para os usuários que mudaram de residência, é estabelecido um período de 30 dias de carência para a realização de visita e cadastramento, somente após este procedimento é possível ser atendimento nas UBS. Nota-se que esta essa estratégia vem sendo utilizada por algumas cidades - gêmeas, devido ao intenso fluxo de usuários estrangeiros nos serviços de saúde. Isto ocorre para controlar a demanda, já que ainda não existe nenhum mecanismo por parte do MS para atender a essa necessidade.

Em alguns municípios, para dar destaque às barreiras de acesso a estrangeiros, são fixados cartazes na recepção das unidades de saúde, fato que caracteriza violação dos princípios do SUS. São fixadas frases como: “Favor trazer conta de água ou luz para comprovar endereço ao consultar. A Direção”, ou “Pacientes internados, somente receberão visitas com a entrega do comprovante de endereço para enfermagem, recepção ou administração”. Observa-se que essa limitação ao atendimento vigora para qualquer usuário não residente no município, seja ele estrangeiro ou brasileiro, mesmo residindo em outro município brasileiro.

Segundo o SMS's de uma cidade - gêmea do Paraná:

Quanto aos critérios de utilização são os mesmos do SUS. Os brasileiros que aqui residem para nível de média e de alta complexidade devem portar o Cartão SUS, não é impeditivo se ele não tem o Cartão SUS. Mas é o critério da gratuidade, da universalidade e da equidade, classificação de risco, a urgência é a condição principal, é o que manda, é prioridade única do sistema de saúde. A urgência para brasileiros e para estrangeiros, agora nós falamos de um atendimento eletivo para estrangeiro aí nós não fornecemos [...]. Então nós temos estrangeiros turistas, ele está aqui passeando e ele teve um agravo, teve uma alteração de pressão significativa, teve um desmaio ou levou uma mordida de um animal silvestre – acontece em X (referindo-se a uma localidade brasileira) - aí eles são atendidos a nível de urgência, leve no pronto atendimento municipal, a partir daí digamos que ele precise fazer um tratamento eletivo no futuro, ele saiu da urgência, daí o sistema não dá conta. Mas enquanto ele não sai da urgência, ele é totalmente assistido (G/FI, 01/11/2007).

A mesma situação é observada em municípios localizados na fronteira do Rio Grande do Sul. O critério para a realização de qualquer atendimento é a apresentação do Cartão SUS, como cita o SMS de uma cidade - gêmea, “[...] você vai com o cartão SUS, agora com o cartão SUS ele comprova tudo. A pessoa tem que ter o cartão SUS!” (M/SL, 11/11/2005). Sobre essa questão, o secretário de uma cidade - gêmea de Santa Catarina relata as exigências para o atendimento a estrangeiros:

Primeiro, depende (referindo-se à exigência de documentação). Quando é uma consulta de rotina das pessoas daqui, é exigido o Cartão de Saúde. Mas em caso de emergência, nós não perguntamos se a pessoa é brasileira ou polaca; primeiro a gente atende e depois procuramos o documento. É exigido (referindo-se à exigência a todas as pessoas), com essa ressalva que eu falei: desde que não seja uma emergência (PA/DC, 30/11/2005).

Constata-se que a maioria dos municípios localizados na região de fronteira realiza atendimento a estrangeiros, especialmente de urgência e emergência, procurando dar conta do que indica o Estatuto do Estrangeiro. Para atender a essa nova exigência, as propostas do SIS - Fronteiras buscam estimular ações conjuntas para o atendimento a essa demanda. Como enfatiza um secretário de Santa Catarina: “Agora, com o SIS – Fronteiras, nós estamos abrindo. Temos que atender [...] para todos os serviços. Se vier, eu vou ter que atender, pois eu assinei um Convênio e eu vou ter que fazer isso! Eu não estou fazendo propaganda, mas eles estão vindo!” (PA/DC, 30/11/2005). Deve-se ressaltar que o SIS - Fronteiras ainda está em fase de implantação, assim, nenhuma ação concreta foi realizada.

O mesmo secretário falou da inexistência de protocolos até o momento, mas relatou que a implantação do SIS – Fronteiras exigirá a elaboração de critérios consistentes, “Ele virá (referindo-se a um protocolo específico), com a firmação do SIS - Fronteiras, com a legislação própria que deverá ter o SIS - Fronteiras. Ai, nós não temos um protocolo separado” (PA/DCO, 10/10/2007). Nota-se que já vêm ocorrendo iniciativas em alguns municípios no sentido de identificar esses estrangeiros, mas ressalta-se que são em número reduzido.

Os SMS's que não informaram mecanismos para regular o atendimento a estrangeiros em seus municípios apontaram que esses usuários são inseridos no banco de dados do SUS como se fossem brasileiros, sem qualquer distinção. Tais situações vêm dificultando o planejamento das ações e serviços de saúde nos municípios, devido à existência de um contingente populacional que não é contabilizado pelo SUS. Isso ocorre, pois o SIA / SUS não dispõe de um campo específico para o registro de estrangeiros.

Frente à questão, o SMS de uma cidade - gêmea do Rio Grande do Sul diz: “Não temos (referindo-se aos registros). Fica registrado na lista da mesma forma que as outras pessoas. Mas no caso mais específico de notificação de uma doença como hanseníase ou HIV, aí sim, nós usamos o endereço usual do paciente, mesmo que se continue o tratamento” (M/SB, 17/01/2005). O secretário aponta uma alternativa simples que os municípios poderiam utilizar para alcançar dados confiáveis e registrar esses serviços, “[...] a forma simples de identificar através de um prontuário separado” (M/SB, 17/01/2005). Ressalta-se que o mesmo não faz nenhum tipo de registro.

Essa situação também foi apresentada por outros SMS's da região. Com isso, os estrangeiros têm acesso igualitário aos serviços de saúde sem qualquer impedimento, como relata o secretário: “É esporádico! A gente atende igual. Em alguns postos, principalmente lá na divisa, tem posto que nós atendemos sim. Os médicos lá, atendem” (M/SL, 11/11/2005).

Nota-se, portanto, que, em nenhum momento, os SMS's fazem referência a uma legislação específica para a realização dos procedimentos, mesmo porque ela não existe.

Em Santa Catarina, os SMS's, em sua totalidade, salientaram a inexistência de orientações ou protocolos que regulem o atendimento a esses usuários. Conforme uma das falas: "Atendimento normal, como para os brasileiros. Talvez um pouco melhor, por causa da língua" (PA/DC, 30/11/2005). Verifica-se que a maioria dos SMS's, mais freqüentemente nas cidades - gêmeas, não fazem distinções entre esse tipo de atendimento. Além disso, observa-se a inexistência de compreensão da necessidade de registrar tais atendimentos, fato diretamente relacionado aos freqüentes transtornos no planejamento em saúde dos municípios.

Segundo um SMS de Santa Catarina:

Então, os critérios são os mesmos para o atendimento, tanto para o pessoal que mora na Argentina, como os que moram aqui [...] e também para os X (referindo-se aos moradores de um município), nossos vizinhos, que usam dos nossos serviços, porque, como eu disse, tem pessoas que moram em Y (referindo-se ao município brasileiro vizinho) e têm propriedade [...] eles têm direito a atendimento aqui também, ou tem seu título de eleitor aqui, coisas que fazem com que seja um atendimento único. E como nós temos, só nós temos um hospital municipal, logicamente os nossos serviços de saúde estão melhor distribuídos, a população que nós atendemos é cerca de duas ou três vezes superior a nossa população (PA/DCO, 10/10/2007).

Constata-se que essa realidade também é freqüente na fronteira do Paraná. A orientação passada aos profissionais é que o atendimento deve ser prestado, sem restrições, somente na urgência ou emergência. De acordo com o SMS,

Na urgência/ emergência, a orientação é atender. Chegou na urgência/ emergência, não negar atendimento. [...] Agora, tem casos, digamos, que é urgência/ emergência, que chega um paciente com uma febre que pode ser uma febre de origem, com características de dengue... atende ou não atende? Consideramos emergência. Então o que é considerado emergência, aí que tem muitas variantes. É isso que a gente pensa: com o próprio atendimento é difícil definir em que situações nós vamos atender estrangeiros, um certo público, né? Então no próprio atendimento hoje nós não negamos que o próprio atendimento seja em qualquer situação, mesmo que não esteja em emergência, às vezes é uma queixa que aparentemente é simples, mas se faz acompanhamento (G/FIO, 21/11/2005).

A maioria dos SMS's também informou que o atendimento ocorre na rede hospitalar, sempre nos casos de urgência / emergência. Em algumas situações, os pacientes são atendidos e é realizada uma comunicação para a Secretaria Municipal de Saúde, que autoriza o

procedimento ou serviço. A exemplo, são freqüentes os casos de gestantes que chegam do Paraguai já em trabalho de parto nas emergências dos hospitais brasileiros, e são os municípios que arcam com todos os procedimentos. Como reproduz a fala do SMS:

Colocaram na porta do hospital assim (referindo-se a um caso de estrangeiro com sintomas de envenenamento), aí o diretor do hospital liga: 'Vai autorizar?' (referindo-se à ligação para a Secretaria Municipal de Saúde) Aí, o que que você acha, o que você faria? Bom, aí é vocês. Vai pagar o município? Vai pagar, você vai mandar embora? Você vai fazer o que? (G/FIO, 21/11/2005).

Devido à inexistência de protocolos e orientações claros para o atendimento a essa população, os SMS's ficam com a responsabilidade de permitir ou não o atendimento. Deste modo, os casos são comunicados às Secretarias Municipais que autorizam ou não a realização dos procedimentos. Nestes casos, os municípios são obrigados a atender e pagar pelos procedimentos. Portanto, essas situações passam a ser incorporadas caso a caso nos municípios, fato que impossibilita a criação de rotinas administrativas e de iniciativas de articulação interpaíses no caso das regiões de fronteira.

Sobre as iniciativas de registro, um SMS do Rio Grande do Sul ainda comenta que em nenhum momento o MS ou a SES exigem algum tipo de registro dos atendimentos.

Na verdade, de todos os programas, nunca foi cobrado de nós nenhum percentual. Eles apenas questionam se o município está tendo a procura: sim ou não, mas é claro que isso é uma coisa boa de se implantar. Por exemplo, na campanha de vacinação das Américas, nós temos o seguinte critério: o estrangeiro que vem fazer a vacina nós assinalamos em vermelho e o brasileiro assinala em azul, assim conseguimos identificar quem são os estrangeiros. Apesar de não termos aqui uma demanda grande, como em outros municípios, como, por exemplo, X (referindo-se a um município brasileiro), que enfrenta uma demanda enorme de uruguaiois (M/SB, 17/01/2005).

Pela necessidade de registrar e cadastrar os usuários residentes em seu município, um SMS do Paraná informou que apenas o fato da pessoa residir em seu município já é motivo para ser cadastrada e receber o Cartão SUS. Diante disso, no Brasil adota-se o critério *jus solis*⁸², ou seja, é considerada nacional toda a pessoa que nasce no território do Estado. Para

⁸² Conforme Bastos (1999), no *jus sanguinis*, o critério levado em conta é a paternidade, ou seja, considera-se brasileira toda pessoa filha de pais brasileiros. No *jus solis*, é considerada nacional toda a pessoa que nasce no território do Estado. O autor ainda menciona que os países de emigração preferem adotar, via de regra, o critério *jus sanguinis*, o que permite estender a tutela e a proteção do Estado aos estrangeiros no conjunto de seus nacionais. Todavia, no Brasil, adota-se o critério *jus solis* com certos abrandamentos e exceções.

Bastos (1999), um dos abrandamentos ou exceção do critério *jus solis* remete-se aos nascidos fora do território brasileiro, mas que são filhos de pai ou mãe brasileiros que estejam a serviço do Brasil, nesta situação aplica-se o critério *jus sanguinis*. Portanto, é possível afirmar que essa concepção jurídica de cidadania, atrelada ao critério de residência, vem limitando e restringindo a fruição do direito a saúde na região fronteiriça. Situação tal que se agrava ainda mais quando associada à inexistência de uma política efetiva de integração regional, que promova o respeito à diversidade cultural e à preservação das identidades nacionais.

O mesmo SMS menciona que o único critério para o atendimento é residir no município:

Se morarem aqui sim! Cadastro todos! Perfeitamente! Nós não pedimos título de eleitor, é só eles comprovarem que residem naquela casa, já basta. O agente comunitário tem autoridade, mais do que o Secretário, você pode consultar. Se o agente comunitário de saúde validar a carteira e disser que o Eugênio mora nesta casa e é argentino, eu não vou discutir com ele. Como acontece também o caso de pessoas que se mudam de X (referindo-se a um município brasileiro) para Y (referindo-se a outro município brasileiro) e a Carteira ficar desatualizada, sem o visto do agente comunitário. E quando me pedem, eu digo, se o agente não passou lá, eu não posso atualizar quando é uma coisa assim - vamos dizer -, mais eletiva. Mas se é uma urgência, ou emergência, não se discute (P/BC, 11/11/05).

Assim, a falta de critérios efetivos que regulem o atendimento à população estrangeira conduz a um poder discricionário por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS). Deste modo, a compreensão do direito à saúde e da legislação existente por parte dos agentes comunitários de saúde é que determinam ou não o acesso.

O secretário cita ainda que o programa Agentes Comunitários de Saúde é coordenado pelas enfermeiras dos PSF's, e os ACS passam de casa em casa para identificar a residência informada. O cadastro é feito da seguinte maneira: "Simples. Se estiverem na casa, eles entram, conversam com as pessoas, vêem a realidade da família. Aumentou a família, não aumentou, quem está, quem não está. Nós temos um público muito... como é que eu vou explicar? Um público sazonal!" (P/BC, 11/11/05), diz o secretário.

Segundo o secretário:

O público é muito inconstante. Quando melhora a importação, alguns galpões que importam cebola e outros produtos dão mão-de-obra temporária para classificação de produtos, então enche de gente! Vem gente de fora e diz, "não, eu estou morando ali no BNH" e em outros locais. Geralmente estão mesmo, daí aumenta o nosso fluxo aqui. A oscilação da população é muito grande na fronteira devido à balança comercial (P/BC, 11/11/2005).

Outra recomendação feita junto aos serviços de saúde é atender de acordo com a gravidade da situação no momento do atendimento. São orientações solicitadas aos profissionais que atuam nos serviços de saúde de como proceder no caso de atendimento a estrangeiros.

[...] Há uma orientação, se for alguma coisa sem importância se explica para a pessoa. Eu quero que eles façam uma avaliação, por exemplo, se a pessoa chega não se sentindo bem e é estrangeira, ela pode estar com início de um AVC, examinem, vejam o caso. Agora se a pessoa quer uma consulta, só por consultar, não (P/BC, 11/11/2005).

Desta forma, a falta de protocolos e orientações precisas quanto ao acesso está ocasionando nos municípios uma variedade de critérios não incorporados às rotinas administrativas. Essa situação reflete a gravidade do caso, pois estas ações paliativas vêm dificultando a interação entre os países e a proposição de políticas que atendam a tais demandas.

Em um município do Paraná, constatou-se a criação de uma carteira que serve de comprovante de residência e identificação para acessar os serviços de saúde. Essa iniciativa foi desenvolvida para cadastrar todos os usuários residentes no município. O ACS tem papel fundamental nesta iniciativa, pois é ele quem verifica se o usuário reside no endereço informado. Essa verificação é feita mensalmente através de um carimbo na carteira, o usuário que não estiver com sua carteirinha assinada pela ACS, não será atendido na atenção básica. Como relata o SMS do Paraná:

O que nós pedimos é que a pessoa traga a Carteira de Saúde que a agente comunitária passa o visto pelo menos uma vez por mês. Ela faz a visita verificando quem ainda está ou não na casa e coloca o “OK”. Como nós temos umas três cidades no perímetro urbano, é comum pessoas se mudarem [...], ou virem para cá. Nós até poderíamos atender, mas a população aumenta, e digamos que o nosso serviço eficiente agüente pouco tempo, perde-se a qualidade e não conseguimos manter o equilíbrio já conquistado. Então, temos a Carteira de Saúde como o fator limitante. [...] É uma carteira impressa por nós mesmos. Primeiro a senhora vai entrar em contato com o posto, se veio morar, digamos, no Bairro Alvorada, então eu vou pedir à agente de saúde [...] para passar na sua casa e fazer a carteirinha. [...] Todas (referindo-se às residências visitadas pelos ACS). A minha família também! A minha casa é visitada toda vez que a Agente passa no meu Bairro. E as pessoas da área central, por exemplo, que trabalham fora e que muitas vezes a Agente não encontra em casa, nós pedimos que deixem um bilhete por debaixo da porta: “Estive hoje em sua

casa hoje, agente fulano”. Isso lembra a família que ela está sem o “OK” do agente de Saúde, que ele já passou no seu Bairro para a visita mensal (P/BC, 11/11/2005).

A moça que recebe a pessoa para entregar a ficha da consulta já verifica se a carteira está “OK”. Sim, normalmente é mensal (referindo-se às visitas do ACS). Não é um recadastramento, é uma confirmação, por isso o agente tem que passar na casa para conferir, reafirmar ou não. É claro que há pessoas conhecidas, ou que moram próximas ao posto, e que a agente não passou na casa dela, mas vem para um atendimento nós liberamos. Há casos e casos. Nosso problema é, por exemplo, o Bairro Alvorada e o Bairro Copasa, porque fica muito difícil, é como se a pessoa morasse do outro lado da rua e dissesse, “ah! vou para o outro lado!”. Ela (referindo-se a brasileiros e estrangeiros) mora para lá por causa do aluguel e sempre volta, então ela está sempre usando o nosso sistema [...] (P/BC, 11/11/2005).

O SMS ainda informa que as pessoas vão procurá-lo, pois estão sem o “OK” do ACS, para que autorize consultas. Sobre isso, o secretário diz:

[...] Aí é que está o susto que a pessoa leva, quando ela procura o Secretário para autorizar uma consulta porque já não está morando aqui, porque passou para X (referindo-se a um município brasileiro) e a Carteira de Saúde ficou sem o “OK”. Então eu digo que não posso autorizar, só quem pode é a agente de saúde, porque no caminho o agente fica a par de muitas ocorrências sobre a comunidade. Só em caso de urgência eu abro mão. Normalmente, eu estímulo o prestígio do agente comunitário de saúde (P/BC, 11/11/2005).

Percebe-se que este mecanismo de controle dos atendimentos é uma iniciativa única entre os municípios envolvidos na pesquisa. Esse município, em função da demanda que vem crescendo, precisou utilizar tal estratégia para organizar e controlar a demanda, principalmente a estrangeiros, já que vinham causando transtornos ao sistema municipal de saúde. Além disso, é possível constatar que as particularidades existentes em regiões de fronteira não vem sendo levadas em consideração, o que vêm prejudicando o acesso às políticas públicas, em especial a saúde. E cita:

Que, na verdade, eu não exigiria caso a cidade não tivesse as outras cidades juntas. Não haveria razão de ser, fazer essa cobrança para todos. Aqui nós somos obrigados a fazer, porque senão – bom [...] digamos, que nossos serviços sejam melhores – não estou afirmando que seja – as pessoas todas de [...] (referindo-se ao município brasileiro vizinho) iriam querer consultar conosco. Aí, eu não vou ter médico, nem vaga nas consultas e vai faltar medicamento! (P/BC, 11/11/2005).

A criação da carteira tem apresentado resultados positivos na organização e controle da demanda. Isso se deve à inexistência de qualquer iniciativa que procure auxiliar e apoiar os municípios que enfrentam a mesma situação, por se localizarem na fronteira. Observa-se que, tanto por parte da SES quanto do Ministério da Saúde, nenhuma iniciativa prevê ações de suporte e regulamentação a esse tipo de demanda.

Uma das falas chama a atenção, ao mencionar o direito de acesso à saúde para estrangeiros devido à “troca de favores” e “laços de fronteira”. Como destaca um SMS do Rio Grande do Sul: “Sim. Por troca de necessidades. São laços de fronteira, de amizade. Nós seríamos muito bem atendidos lá, se necessitássemos” (P/BQ, 2005). Com isso, é possível constatar a presença de mecanismos informais, que atuam paralelamente à legislação já existente e que incidem diretamente sobre indivíduos que ocupam cargos políticos. A maioria dos SMS’s mencionou o respeito aos “laços de fronteira”, que chegam a ser considerados mais importantes que a legislação já existente.

Portanto, verifica-se a inexistência de critérios uniformes na realização dos atendimentos, sobretudo na atenção básica. Nota-se uma situação contraditória, pois a maioria dos SMS’s salientou a exigência do Cartão SUS como critério para atendimento⁸³, mas em virtude da “política de boa vizinhança”, os secretários e profissionais abrem precedentes para que estrangeiros também possam utilizar o sistema sem qualquer impedimento. Além disso, há uma contradição, uma vez que alguns SMS’s ressaltam a necessidade de se pensar a região de fronteira como um território em comum, que deveria ser respeitado. No caso específico da saúde, deveria ser levada em conta a questão da região sanitária, não observada até o momento.

Diante do aumento crescente da demanda, a maioria dos SMS’s informou que os municípios têm extrapolado o teto de procedimentos ofertados pelo SUS. Condição essa que se reflete diretamente no planejamento dos programas, ações e serviços de saúde dos municípios, pois a demanda se apresenta maior que a oferta. Esse incremento na demanda vem exigindo ajustes no planejamento em saúde dos municípios, porque as ações e serviços planejados não dão conta das estratégias e metas previstas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Frente à questão, alguns secretários relataram que muitas vezes os profissionais deixam de atender usuários brasileiros, que teriam prioridade no atendimento, em função dessa grande demanda oriunda do país vizinho. Como explica um SMS do Rio Grande do Sul:

⁸³ De acordo com os relatos da maioria dos SMS’s, essa exigência não é feita com tanto rigor, apenas na urgência e emergência.

É, eu observava que existia, às vezes, eles principalmente na parte do odonto que tem um número limitado de fichas, então entre eles (referindo-se a brasileiros e estrangeiros) havia essa disputa. [...] por isso, nós tivemos que limitar um pouco essa distribuição de fichas para os Z (referindo-se a estrangeiros), porque realmente o brasileiro ficava realmente impedido de utilizar o serviço, chegando a ponto de, às vezes, eu observei isso de, na parte de odonto, de ter, por exemplo, são 10 fichas, 10 fichas foram para os uruguaios [...] (PB/JB, 2005).

O secretário ainda comenta: “Nós deixamos de atender nossos usuários, os quais deveriam ter prioridade” (PB/JB, 2005). A fala demonstra nitidamente a falta de clareza e de cumprimento da legislação já existente, por parte dos profissionais que atuam nessa região. Várias das situações apresentadas, são causadas pela inexistência de protocolos e orientações no atendimento a estrangeiros.

Cabe lembrar que a maioria dos SMS's considera que a população estrangeira tem direito a acessar o SUS, mas, ao mesmo tempo, são mencionados critérios que restringem esse direito, ferindo a legislação nacional. A legislação brasileira afirma, com a Constituição Federal de 1988, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e o acesso universal e igualitário, ampliando os direitos sociais e a saúde. Já a Lei nº. 8080 de 1990 confirma que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Para Giovanella (2007, p. 33):

Ainda que a legislação em saúde não aborde especificamente o acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende aos cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos, e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade.

A Constituição, em seu artigo 5º, também estabelece que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se **aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país**⁸⁴ a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade...”, permitindo compreender que estrangeiros residentes dispõem dos mesmos direitos sociais que os brasileiros. A mesma afirmativa também é observada no Estatuto do Estrangeiro, Lei nº. 6815, de 19 de agosto de 1980, artigo 95: “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis” (GIOVANELLA, 2007).

⁸⁴ Grifo nosso.

Uma pequena parcela dos secretários disse compreender a importância de garantir aos estrangeiros o acesso aos serviços de saúde. Mas os mesmos enfatizaram que é necessária a elaboração de um sistema unificado e integrado entre as cidades vizinhas para esse tipo de atendimento. Como aponta o SMS de uma cidade – gêmea de Santa Catarina:

Deveria ser unificado, deveria ser igual para os dois lados; que tivesse livre acesso ao serviço de saúde. Porque é uma população pequena, são muitos brasileiros com parentes aqui e lá, sim, com certeza tem o “cordão umbilical”, o processo deveria ser igualitário com tudo aquilo que a gente prevê no SUS. Mas terem colocado isso na Constituição está difícil, vai alguém aí no Fórum querendo um medicamento, a outra querendo que transporte alguém lá para o Mato Grosso e o Juiz manda dizer aqui que nós temos que transportar o paciente lá para Campo Grande. Eu já levei paciente de ambulância para Campo Grande. Os familiares são todos de lá e ele estava sozinho aqui, ficou doente aqui, então resolveram e eu tenho que pegar a ambulância daqui e levar para Campo Grande e é mandado judicial (PA/DC, 30/11/2005).

Com isso, o fator cultural e uma visão não centrada no nacionalismo radical mostraram-se como determinantes que influem no processo de institucionalização das normas, regras, pactos, acordos, conforme sinaliza a legislação do SUS. Entender a região de fronteira como um campo amplo de trocas, que mantém constantemente relações recíprocas, favorece a integralidade.

Outro aspecto mencionado com frequência pelos SMS's diz respeito aos mecanismos de organização da demanda. Sobre esse aspecto, a maioria dos SMS's informou que o primeiro atendimento ocorre nas UBS, e os serviços mais procurados por estrangeiros são para as áreas médica e odontológica. Na rede hospitalar, esses usuários buscam os serviços de internações em clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.

Para os procedimentos mais especializados do SUS, a inserção dos usuários no SUS é realizada de acordo com a urgência. Diante disso, um SMS de Santa Catarina comenta,

[...] a partir dessa demanda que procura os postos de saúde, existem os encaminhamentos aí diferenciados para o CEO (referindo-se ao Centro de Especialidades Odontológicas), para o CAPS, na área de saúde mental, e assim por diante. E os TFD's, que os médicos, então, preenchem para o encaminhamento (PA/DCO, 10/10/2007).

Verifica-se que essa inquietação entre os SMS's também ocorre na rede hospitalar, pois o número de leitos já é reduzido para a população residente, e com a demanda estrangeira, isso tem se agravado com intensidade. Assim, os serviços que deveriam ser

prestados pelo município, de acordo com sua habilitação, ficam comprometidos devido à demanda, que sobrecarrega o sistema local de saúde. Frente à situação, um SMS do Paraná relata: “[...] com toda essa problemática (referindo-se ao seu município), ainda tem um número incerto de pessoas que residem e que vão vir ao nosso sistema a qualquer momento [...]” (G/FI, 01/11/2007).

Os SMS’s também citaram a procura por atendimento na média e alta complexidade pela população estrangeira. De maneira diferente ao que ocorre na atenção básica, com a facilidade no acesso, na média e alta complexidade aos estrangeiros, nem sempre é garantido o atendimento e acompanhamento, devido à exigência do cartão SUS. Neste sentido, alguns municípios vêm discutindo a criação de um sistema que possibilite a regulação e o controle da realização de exames e outros procedimentos mais especializados para esse público.

Nessa direção, constata-se a realização de estudos em nível estadual e ministerial sobre mecanismos que possam regular tal demanda. A grande maioria dos SMS’s mostrou-se preocupada com a necessidade de definição de aspectos chaves, como, por exemplo: a) qual é essa demanda; b) como será organizada; c) como ela será identificada; d) como ocorrerá o acesso aos serviços; e) quais as formas de contabilização; f) número de profissionais necessário para prestar esse atendimento; e g) quais os serviços a serem ofertados. Frente a tais questionamentos, o SMS de uma cidade-gêmea do Paraná descreve: “Então, tem que criar uma regulamentação e uma identificação dessa população, ou seja, através do Cartão SUS, para brasileiros que moram no X (referindo-se ao país vizinho) e que eles possam estar sendo contabilizados, município de [...] vai ter tantos... (referindo-se ao número de atendimentos)” (G/FI, 01/11/2007).

A ausência de contabilização destes usuários é uma preocupação apontada com frequência pela maioria dos SMS’s, como fator que impossibilita aos municípios a realização de um planejamento adequado das ações e serviços. Percebe-se a existência de uma população flutuante, além da residente, que não entra em nenhum dado estatístico dos municípios, o que vem prejudicando o planejamento da política local de saúde. Como ressalta o SMS:

Então, esse número a gente não tem (referindo-se ao número de estrangeiros), então, quando a gente começa fazer comparativos, a nossa urgência e emergência, se tu pegar a Portaria 1.101, coloca um número aquém, a mais do que é preconizado. Ah, então, será que é uma deficiência da atenção básica ou só porque a gente também tem esse contexto que é de fronteira que chega muitos pacientes que residem no estrangeiro? Gera problemas não só nos indicadores, mas no monitoramento e no nosso planejamento, de qual é a nossa necessidade de cada uma dessas áreas que está sendo construído e que está sendo implementado (G/FI, 01/11/2007).

Esse aspecto foi mencionado com freqüência pelos SMS's, principalmente em cidades - gêmeas, onde se percebe um intenso trânsito de pessoas. Além disso, a maioria dos secretários disse desconhecer o número exato de estrangeiros que buscam os serviços de saúde, o que dificulta a apresentação de indicadores mais exatos frente ao MS e à SES. Fato esse que se agrava devido em decorrência da ausência de mecanismos eficazes de regulamentação dos atendimentos e de organização da demanda.

Nota-se que a procura por atendimento no SUS pela população estrangeira tem relação direta com as características da fronteira e dos serviços de saúde ofertados nos municípios. Portanto, em municípios com maior proximidade geográfica e porte populacional, a tendência é atrair um fluxo maior de estrangeiros, igualmente, a situação é observada com freqüência em municípios que possuem melhor acesso a transporte coletivo entre as fronteiras. Outro fator relevante é a presença de hospital do SUS nos municípios, o que está diretamente relacionado à busca freqüente por estrangeiros, por brasileiros não residentes, principalmente para serviços de internação e parto (GIOVANELLA et al, 2000).

É possível verificar que, na maior parte dos municípios localizados em regiões fronteiriças, a demanda é espontânea. Apenas um pequeno número (13%) ocorre via encaminhamento por profissionais de saúde da cidade de origem, políticos brasileiros ou estrangeiros, ou ainda pelo Consulado do país de origem.

Outra questão citada pelos SMS's, e que vem causando transtornos e conflitos no atendimento a estrangeiros, é quanto ao retorno desses pacientes ao país de origem. Esse tipo de demanda vem ocasionando gastos extras aos municípios, além de filas freqüentemente mencionadas pelos secretários de saúde. Isso foi relatado com ênfase na fronteira com o Paraguai.

Alguns SMS's também falaram sobre a falta de clareza e de critérios mais efetivos em relação à organização da demanda estrangeira. A exemplo, o SMS de uma cidade - gêmea do Paraná informou a resistência de alguns profissionais em realizar o atendimento a estrangeiros:

Eu acredito que até hoje não foi bem discutida, mas estamos começando agora a mostrar que o acesso é universal, que nós não podemos negar esse atendimento, essa atenção. Então, pouco a pouco a gente tem conseguido aumentar a própria adesão dos próprios servidores para esse entendimento, porque muitas vezes não existe uma situação deliberada de não atendimento, ao contrário, por parte da Secretaria existe até um reconhecimento, porém existe nesse atendimento uma cultura de

priorização. Então, termina-se priorizando o atendimento a residentes no nosso município, com isso acaba tendo uma dificuldade de acesso aos não residentes (G/FIA,16/06/2005).

Com a inexistência de mecanismos legais que organizem essa procura por serviços, o atendimento ou não varia de acordo com a compreensão individual de cada profissional. Ou seja, cada profissional decide por livre e espontânea “vontade” se o estrangeiro terá ou não atendimento. Frente à situação, o SMS de uma cidade-gêmea do Paraná cita:

Verifica-se que não há clareza dessa relação nas legislações em vigor. As contradições são perceptíveis, em contrapartida, à apreensão e compreensão dessa relação decorre da intencionalidade de quem interpreta. O município tem provocado essa discussão junto ao Ministério da Saúde, tem assim até constantemente fóruns e debates, com a União, a gente tem levantado essa questão, e acho que hoje se avançou muito no entendimento por parte do Ministério da Saúde. A União já compreende que hoje a saúde na fronteira tem que ser encarada com uma legislação específica e tem que ser dado maior apoio para o desenvolvimento de políticas de saúde na fronteira. Acho que o resultado está vindo pouco a pouco, o primeiro resultado acho que é esse entendimento, essa compreensão, e o segundo vai ser investimento, esse ano ainda nós teremos mais investimentos para a realização de integração da saúde na fronteira (G/FIA,16/06/2005).

Vê-se que nenhuma das falas faz referência às legislações já firmadas, como, por exemplo, a Lei do Estrangeiro e o SIS-Fronteiras - em implantação à época. Essa questão reflete a falta de conhecimento e clareza de tais legislações que poderiam subsidiar os SMS's e profissionais que vivenciam diariamente a situação em localidades de fronteira. Com tais constatações, alguns SMS's relataram a preocupação com o estabelecimento de acordos entre as localidades vizinhas para regular e organizar essa demanda. Esses secretários também ressaltaram a importância da elaboração de mecanismos eficazes e critérios claros que priorizem alguns aspectos. Como sugere o SMS do Paraná,

[...] a questão do fluxo mesmo, né? Você pode criar um fluxo, um protocolo de atendimento ao estrangeiro que hoje não existe. Necessitaria ter uma regulamentação, ter uma coisa clara, né? Que situações atender ou que é que nós podemos atender, o que é possível atender lá, né? (G/FIO, 21/11/2005).

As preocupações com essa demanda se devem porque a maioria dos municípios não dispõe de estrutura adequada para atender esse fluxo de estrangeiros que procuram os serviços de saúde. Assim, verifica-se que a principal dificuldade refere-se à infra - estrutura, e não

relacionada a questões éticas, já que parecem compreender que todos devem ser atendidos. Segundo um SMS do Rio Grande do Sul:

Eu acho que tem que ter uma política de saúde para poder ter esse atendimento. [...], eu não gostaria que viesse esse tipo de encaminhamento, porque o município não tem condições de atender. Nas especialidades, por exemplo, nós temos na oftalmologia um profissional que atende pelo SUS para uma população de 66 mil habitantes, nós não temos como abraçar essa demanda. No caso da vacinação, não tem problema, mas também precisa ter uma política, porque cada dose de vacina tem um valor (M/SB, 17/01/2005).

A situação vem incidindo diretamente sobre a quantidade e qualidade dos atendimentos prestados em municípios de fronteira. Como menciona o mesmo SMS: “Esse é um problema do próprio país, nós trabalhamos com cotas limitadas. Então, como abrir o atendimento para outro país se não conseguimos dar conta da nossa própria população?” (M/SB, 17/01/2005).

Diante da questão, é possível verificar a existência de disputa entre usuários brasileiros e estrangeiros para acessar os serviços em alguns municípios. Fato esse que vem sendo constatado com maior frequência na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai. Alguns SMS's destacaram a incidência de sérias discussões entre os usuários brasileiros e estrangeiros que procuram o atendimento, pois as senhas são escassas. Um SMS do Rio Grande do Sul disse que, em seu município, essas discussões eram frequentes e com isso passaram a limitar o atendimento aos uruguaios.

Outra questão que é verificada com frequência em regiões de fronteira é o encaminhamento de pacientes envolvendo relações políticas, como, por exemplo, de prefeito a prefeito, de profissionais para profissionais e também via Consulado. Assim, um secretário explica como são feitos os encaminhamentos,

[...] de prefeito a prefeito e dos profissionais de saúde, [...]. Consulado. Políticos... Políticos de forma camuflada. Políticos no sentido, é esse, a pessoa vir para cá, político tem todo uma [...] de fazer isso aí só que para roubar o sistema, e ele ensina a roubar, como conseguir documentação aqui na casa de parentes, ou seja, como você ter acesso de uma forma... (G/FIO, 21/11/2005).

Situação semelhante também é constatada na fronteira do Paraná. Alguns SMS's informaram a existência de relações informais para o encaminhamento de pacientes. Como

ênfatiza o SMS de uma cidade – gêmea: “Tem essa coisa assim: ‘Ah!, vou mandar lá um paciente assim’... de lá para cá, né? Daqui para lá é difícil, né?... (risos). Mas assim, formalmente nós não temos” (G/FIO, 21/11/2005).

Diante disso, é possível notar que usualmente as relações políticas, na região de fronteira, são permeadas pela troca de favores. Como explica um SMS do Rio Grande do Sul: “[...] Na verdade, nós temos a política da boa vizinhança, de troca de favores. [...]” (M/ SB, 17/01/2005). Sobretudo, são presentes as divergências de interesses políticos entre prefeitos e profissionais, o que tem colocado obstáculos no planejamento das ações e serviços de saúde.

Outro aspecto mencionado com frequência pelos SMS’s refere-se ao sistema de referência e contra – referência do SUS. A maioria dos SMS’s relatou que a condução do sistema como previsto pelo SUS não vem sendo seguida. Inicialmente, os secretários afirmaram que os municípios “referência” não vêm atendendo as demandas das regiões de saúde, o que se deve à superlotação dos centros mais especializados (para a realização de consultas especializadas, exames mais complexos, internações, entre outros). Assim, a maioria dos procedimentos relativos à média e alta complexidade ficam comprometidos, sendo realizados somente nas capitais, situação que envolve grandes distâncias. Essa situação foi citada com frequência por SMS’s de Santa Catarina.

O SUS recomenda que os procedimentos mais especializados sejam referenciados a municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. Como a maioria dos municípios encontra-se habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica, os SMS’s apontaram dificuldades para encaminhamento a outros níveis de complexidade, principalmente devido à superlotação e listas de espera. Alguns SMS’s disseram também que, na maioria das vezes, o atendimento é demorado e eventualmente é somente realizado nas capitais, a exemplo estão os municípios de Santa Catarina.

Em relação à referência e contra - referência para estrangeiros, a maioria dos SMS’s relatou prestar o atendimento na atenção básica. Como a maioria deles não possui documentação brasileira não podem ser encaminhados a outros níveis de complexidade do sistema. Situação semelhante é observada quando há necessidade de exames de alto custo e medicamentos. Somente os casos atendidos em urgências/ emergências têm a possibilidade de receber todo o tratamento e posteriormente retornam ao país de origem.

No Rio Grande do Sul, os SMS’s ressaltaram que a população estrangeira recebe o atendimento na atenção básica, mas fica impedida de ser encaminhada à média e alta complexidade. Apenas quando o usuário dá entrada na emergência, o encaminhamento poderá ser feito. Sobre a questão, um SMS do Rio Grande do Sul cita:

[...] nós sempre tivemos uma relação muito boa tanto com os serviços de X como de Y (referindo-se a duas cidades estrangeiras), então, quando há necessidade de uma referência maior, para um tratamento de média e alta complexidade, então nós encaminhamos de volta para o Z (referindo-se ao país de origem). [...] Então, em casos de média e alta complexidade, ele retorna ao país dele e ele é atendido neste centro (PB/JA, 01/02/2005).

Alguns SMS's mostraram-se preocupados quanto à busca por providências em nível ministerial para atender as exigências das regiões fronteiriças. Os relatos indicam a necessidade de serem respeitadas as particularidades regionais, que, segundo a maioria dos SMS's não vem ocorrendo. Como relata o mesmo SMS,

[...] só que eu acho que nós devíamos ser contemplados pelo Ministério da Saúde com uma suplementação para o atendimento dessa população, que é uma população variante que não faz parte do IBGE, da população do IBGE, lógico que não vão fazer parte, não residem aqui, mas que de fato existe esse excedente de pacientes e que nós damos atendimento. Eu acho que devia ser visto de nível de Ministério, de Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores, para que a gente andasse em busca de uma suplementação para as cidades fronteiriças e que dão atendimento a esses pacientes do Y (referindo-se ao país vizinho) (PB/JA, 01/02/2005).

Essa exigência foi prevista no documento Pacto pela Saúde do MS e no projeto SIS - Fronteiras, os dois ainda em fase de implantação. O primeiro documento prevê ações que promovam a articulação entre os países e instâncias envolvidas, a implementação de um sistema de saúde integrado, além de um aporte maior de recursos para as localidades fronteiriças. Observa-se a necessidade de que os representantes governamentais firmem acordos sólidos, que possibilitem alguma garantia efetiva para esses usuários.

Em Santa Catarina, os SMS's também apontaram critérios que impedem o encaminhamento de pacientes estrangeiros à média e alta complexidade. Os SMS's informaram que a porta de entrada dos estrangeiros é a atenção básica, nas unidades básicas de saúde ou na rede hospitalar, através do pronto socorro ou emergência. Os últimos, de maneira geral, atendem os estrangeiros sem critérios rigorosos, nem apresentação de documentação. Quando há busca por especialidades, na média e alta complexidade, não encontram tanta facilidade, pois a primeira exigência é o Cartão SUS Nacional. Essa exigência é feita tanto no caso de consultas médicas especializadas, quanto na realização de exames, internações e procura por medicação de alto custo. Neste caso, os impeditivos a estrangeiros são ainda maiores.

Situação semelhante ocorre no Paraná, porque a porta de entrada também é a atenção básica, nas UBS. A procura também é observada com frequência em pronto-socorros, urgência/ emergência. O SMS de uma cidade - gêmea relata:

Com a implantação do Programa Saúde da Família, a gente vem reduzindo essa busca direta por pronto - socorro, o acesso ele está pouco a pouco, está se direcionando mais aonde deve ser, que é as unidades básicas de saúde, né. Claro, há várias situações, quando as unidades estão fechadas, nós temos um aumento da procura nas unidades vinte e quatro horas (G/FIA,16/06/2005).

Diante do exposto, alguns secretários salientaram a iniciativa de registrar e mensurar o número de atendimentos realizados mensalmente. Entre os SMS's que já vêm fazendo esse registro, um deles diz:

Nas unidades de urgência e emergência e nas unidades 24 horas, nós chegamos a detectar, por meio de levantamento no mês de março deu 11% de estrangeiros, atendimento a residentes no X (referindo-se ao país vizinho). Quando se soma e fala em brasileiros residentes no X, chega a 25%. Os Z (referindo-se aos estrangeiros) somam 11% nas unidades 24 horas, devido à porta aberta 24 horas e tal. Geralmente por esse segmento a procura é mais intensa (G/FIA,16/06/2005).

Portanto, percebe-se que alguns municípios vêm criando mecanismos próprios para controlar essa busca por serviços de saúde por parte da população estrangeira. Entre os critérios mencionados, está a priorização do atendimento a brasileiros e posteriormente a estrangeiros. Desse modo, o mesmo secretário comenta:

Quando esses brasileiros procuram os serviços no Brasil, eles conseguem acessar. Existe uma dificuldade de acesso, infelizmente existe uma dificuldade de acesso, porque o sistema não prevê esses casos e não existe planejamento para atender esses casos. Então, geralmente vai se priorizando o atendimento e colocando esses pacientes num segundo plano. E isso a gente tem observado. Porém, há uma dificuldade de acesso, mas não é negado o acesso (G/FIA,16/06/2005).

Em alguns casos, os usuários estrangeiros obtêm acompanhamento e conseguem acessar outros níveis de complexidade do sistema. Para exemplificar, um SMS do Rio Grande do Sul fala como ocorre o acompanhamento aos estrangeiros:

Dependendo do problema diagnosticado, nós não podemos bloquear o atendimento, como o caso de Hanseníase e AIDS, mas, em outros casos, que

seriam um fragmento eletivo, nós barramos porque não existe uma política do governo que efetive o município a atender essas pessoas, nós não podemos tirar o lugar de um brasileiro para dar lugar a um argentino. [...] Existem alguns casos de doenças sexualmente transmissíveis (M/SB, 17/01/2005).

Outro aspecto destacado por alguns SMS's refere-se à inexistência de mecanismos de comunicação entre municípios brasileiros e cidades estrangeiras, fato esse que tem dificultado a continuidade do tratamento dos estrangeiros atendidos no Brasil. Segundo alguns secretários, o que vem sendo feito é a comunicação entre os países em casos específicos, como, por exemplo, notificações de doenças infecto-contagiosas e epidemias. Como explica o secretário de uma cidade - gêmea do Paraná, “[...] um paciente com uma doença de caráter endêmico, epidêmico que foi atendido aqui que reside no outro país, a gente sempre informa o outro país que ele foi atendido, aonde que ele reside naquele país. Esse contato é feito, então essa informação existe” (G/FI, 01/11/2007). As ações de vigilância epidemiológica nos municípios brasileiros têm avançado no controle de algumas doenças, além de incentivar a realização de ações conjuntas com os demais países. Percebe-se, no lado brasileiro, uma maior preocupação com as ações conjuntas, pois há demanda nos serviços de saúde por estrangeiros.

Conforme a maioria dos SMS's, os estrangeiros que acessam o SUS não têm garantia de continuidade do tratamento, nem a referência para outros níveis de complexidade do sistema. Na maioria dos casos, esses usuários entram no sistema pela urgência ou emergência, são atendidos e posteriormente encaminhados ao país de origem. Como menciona um SMS do Rio Grande do Sul: “A pessoa atendida na emergência dificilmente fica permanente no Sistema! Igual eles fazem lá (referindo-se ao atendimento no país estrangeiro). Eles atendem lá o brasileiro, dão o primeiro atendimento e depois mandam para cá! E aqui é a mesma coisa!” (M/SL, 11/11/2005).

Alguns SMS's também relataram que, dependendo da gravidade do caso, o usuário estrangeiro consegue ser referenciado à média e alta complexidade. São apenas os casos específicos, autorizados via TFD's ou através das Secretarias Municipais de Saúde, como sinaliza o SMS de uma cidade - gêmea do Paraná,

[...] ele (referindo-se ao usuário estrangeiro) chegou na urgência/ emergência ali, ele está com uma insuficiência respiratória, não vai receber só um tratamento, ele vai ter o acompanhamento, vai ficar no acompanhamento até ser liberado e muitas vezes. Nos casos que realmente é autorizado pela Secretaria, é dada uma seqüência em casos especiais autorizados. Não é

muito freqüente, mas acontece também. Então assim, eu vejo a possibilidade pelo menos de eles terem uma rede de assistência é maior, né? (G/FIO, 21/11/2005).

A mesma situação foi informada por outro SMS do Paraná, que relatou ter atendido alguns casos e foi possível referenciá-los para outros níveis do sistema. A fala a seguir descreve um dos casos:

Uma senhora que estava com um problema de tumor cerebral, tinha uma filha que mora no Brasil – ela não morava – família pobre, encaminhamos, ela fez a cirurgia e depois o tratamento de alta complexidade. Terminou, está ótimo, é outro caso. Cobertura vacinal, exames da próstata, as pessoas nos procuram e a gente autoriza sem nenhum problema. [...] Sim, eu autorizo, eu falo para o pessoal da enfermagem autorizando o fulano. Isso para evitar que as pessoas interpretem mal: que de uns se exige a carteirinha e outros entram sem a Carteira. Se bem que com a nossa equipe eu sempre converso bastante (P/BC, 11/11/2005).

A observação acima reitera análises anteriores, no sentido de que a garantia de acesso ao procedimento a estrangeiros fica a cargo da decisão do SMS. Isso se deve à falta de orientações mais precisas e uniformes de atendimento a essa demanda, evidenciando o quanto as situações de fronteira são definidas de modo discricionário, ou pelo gestor ou preferentemente pelo agente comunitário de saúde.

Para alguns SMS's, a procura por serviços no lado brasileiro é estimulada pela garantia de atendimento e a credibilidade no sistema de saúde. Como informa um dos secretários: “Tem a credibilidade e tem a questão da rede de assistência, essas pessoas que vem para cá eles já vêm, esses pacientes que vêm para cá, eles já vêm assim numa certeza de que aqui tem uma assistência, digamos, o desdobramento de um atendimento de X (referindo-se a um município brasileiro)... A integralidade” (G/FIO, 21/11/2005).

Dos SMS's entrevistados, mais da metade (68%) apontou dificuldades na garantia da referência regional e a continuidade do tratamento a estrangeiros. Como o atendimento ao estrangeiro não tem regulamentação específica, não é possível prever garantias efetivas. Situação relatada por 90 % dos SMS's, tanto nos casos de encaminhamento para atenção especializada, como na continuidade do tratamento no país de origem. O mesmo foi informado por SMS's na fronteira com o Paraguai, cuja procura está relacionada à presença de obstáculos no acesso à saúde no país estrangeiro e pela precariedade dos serviços prestados.

Para Giovanella et al (2007), a existência de cooperação entre os países seria importante para o atendimento integral aos brasileiros. Nota-se que muitos municípios de

fronteira são isolados dos grandes centros urbanos, sendo necessário o paciente percorrer longas distâncias para acessar serviços mais especializados, o que para pacientes crônicos torna-se um entrave. O fato do município se localizar na região de fronteira foi apresentado pelos SMS's como a principal implicação para a gestão do SUS. Portanto, a formalização de convênios e acordos entre os países ou municípios localizados na região de fronteira possibilitaria a continuidade do tratamento também a brasileiros, como ressaltou um SMS's, "muitas vezes os serviços de saúde necessitados, mais próximo, está em território estrangeiro".

Outro aspecto citado com frequência pelos SMS's diz respeito à autorização de procedimentos de alto custo, tanto para a realização de exames quanto para tratamentos especializados, que fazem parte da lista de procedimentos ofertados pela média e alta complexidade do SUS. Conforme a Política Nacional de Saúde, esses serviços são ofertados em municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, que, segundo o PDR, deve atender as necessidades dos municípios a ele referenciados. A NOAS 2002 também prevê que os procedimentos de alto custo podem ser geridos de acordo com as pactuações realizadas entre os municípios de uma mesma microrregional ou região de saúde. Com isso, cada vez mais os municípios passaram a utilizar os TFD's para a realização dos procedimentos de alto custo.

Para os usuários brasileiros, residentes em municípios brasileiros e cadastrados no SUS, os procedimentos de alto custo ocorrem da seguinte forma: o usuário é encaminhado da atenção básica, onde recebeu o primeiro atendimento, a serviços especializados na média e alta complexidade, implantados em municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. Seguindo essa hierarquização, os usuários brasileiros são contabilizados, e isso possibilita o repasse de recursos aos municípios que ofertam o serviço, o que não acontece no caso dos estrangeiros, pois, na maioria das vezes, não são legalizados no Brasil.

Logo, esses usuários não são contabilizados, mas acessam igualmente o sistema local de saúde, fazendo com que o município se responsabilize por esse atendimento. Isso se deve à inexistência de mecanismos que insiram esse tipo de procedimento no SIA / SUS, fazendo com que o Ministério desconheça a demanda estrangeira existente. Como relata o SMS de uma cidade - gêmea do Paraná,

[...] quando acontecem situações graves, de tratamentos, de cirurgias ou até mesmo desses estrangeiros que moram aqui e não regulamentaram a situação deles, eles saem do cofre do município. Não existe a possibilidade

do recurso vir do SUS, porque essa pessoa não existe, na verdade, para o SUS (G/FI, 01/11/2007).

A maioria dos SMS's disse que o acesso à média e alta complexidade a estrangeiros ocorre apenas em casos específicos, como urgência/ emergência. Segundo o relato de um SMS do Rio Grande do Sul, o encaminhamento a esses níveis de complexidade se dá "só em caso de emergência. Cirúrgico aqui, só as cirurgias corretivas e vai acontecer algum caso aqui só de emergência cirúrgica. E são poucos os casos" (M/SL, 11/11/2005).

Situação semelhante também foi verificada no Paraná. Em cidades com maior capacidade de oferta de serviços e, conseqüentemente, com maiores fluxos de usuários, foi possível perceber que muitos usuários chegam às emergências em situações de extrema gravidade. Fato esse que vem ocorrendo com freqüência em cidades - gêmeas, como descreve um SMS:

Geralmente esses pacientes já vêm orientados a exigir atendimento e geralmente eles já vêm num nível muito agudo, onde os hospitais não podem negar atendimento de forma alguma. Então, eles orientados a procurar a porta de entrada dos hospitais, sabendo que os hospitais têm que atender. Para mim, a busca maior ainda é a urgência e a emergência. Nós temos também fora da urgência, a vacinação, temos uma procura principalmente de brasileiros que residem no lado X (referindo-se ao país vizinho), a consulta de especialidades tem uma grande procura de alta complexidade como cirurgia vascular, hemodiálise e oncologia, nós temos detectado uma procura também alta (G/FIA,16/06/2005).

Nota-se, nestes casos, que a maior parte dos SMS's assinalaram prestar todo o atendimento e acompanhamento necessário aos estrangeiros que chegam nas urgências e emergências dos municípios.

Alguns SMS's informaram o procedimento para a utilização dos TFD's ou AIH's, para encaminhar pacientes estrangeiros a outros níveis de complexidade do sistema. Como foi o caso de municípios do Rio Grande do Sul e do Paraná. Conforme cita um SMS do Paraná "[...] Já tive casos de tomografia, de cirurgia, oncologia, acidentados, mas são casos esparsos" (P/BC, 11/11/05).

Outra situação relatada pelo mesmo SMS chama a atenção para as estratégias utilizadas por estrangeiros para garantir o acesso aos serviços de saúde. O relato a seguir exemplifica uma das estratégias utilizadas pela população estrangeira para acessar o sistema local de saúde. Por um lado, essa estratégia poderia acarretar graves conseqüências face ao Estatuto da Criança e do Adolescente, sem levar em conta os aspectos éticos e psicológicos da

questão. E por outro, reporta as situações difíceis a que os Secretários de Saúde são submetidos: a escolha entre atender ou não atender, pressionados por questões orçamentárias.

Essa questão da possibilidade do acesso, tem fatos aqui do estrangeiro que a pessoa traz uma criança para cá e deixa essa criança estrangeira na guarda de uma família brasileira para essa criança, na guarda de uma família brasileira, conseguir na justiça o atendimento do caso, então é... isso significa o quê... essa... a possibilidade de conseguir tratamento, uma assistência até de média/ alta complexidade que ele não teria no seu país de origem. Eu vou citar aqui o exemplo da alta complexidade: em [...] (referindo-se a seu município), temos um tratamento de hemodiálise que lá só tem na capital, só tem em Assunção. No caso da área cardíaca, na área de neoplasia, tudo isso você consegue muitas vezes aqui, [...] (G/FIO, 21/11/2005).

Em relação ao fornecimento de medicamentos, a maioria dos secretários informou não haver limitação quanto ao fornecimento na atenção básica a estrangeiros. Neste caso, o usuário, seja ele brasileiro ou estrangeiro, realiza a consulta e é conduzido à farmácia da UBS, onde é fornecido o medicamento. O mesmo ocorre com medicamentos de programas específicos, já previstos na NOAS 2002, como programas destinados a diabéticos e hipertensos.

Na atenção básica, não foram mencionados obstáculos ao fornecimento de medicamentos básicos a estrangeiros, apenas a necessidade de realização de consulta com a devida prescrição médica. Apenas em caso de urgência/ emergência e internação, todos os medicamentos são fornecidos sem qualquer exigência. Desta forma, o usuário estrangeiro recebe os cuidados e a medicação necessária enquanto estiver internado.

Para os medicamentos de alto custo ou excepcionais, os SMS's disseram haver restrições no fornecimento a estrangeiros, pois estes medicamentos são fornecidos pela esfera estadual e exigem documentação. Como cita um SMS: "Tu presta serviço e daí tem que liberar medicamento, sem o cartão SUS isso não é possível" (P/HL, 2005).

Como se trata de medicamentos de responsabilidade do Estado, os municípios encaminham suas necessidades às Regionais de Saúde. Tais medicamentos são fornecidos apenas aos usuários cadastrados no Sistema Nacional de Saúde, no caso dos estrangeiros, o fornecimento é negado pela falta de cadastro e documentação. Por outro lado, alguns SMS's relataram o fornecimento de medicamentos de alto custo, como, por exemplo, o coquetel de medicamentos para controle do HIV para usuários estrangeiros.

Diante disso, um SMS do Rio Grande do Sul destaca o fornecimento da medicação para pacientes soro - positivos estrangeiros: "Sim, mas todos os que nos procuram têm

endereço lá e aqui” (M/SB, 17/01/2005). Com isso, é possível verificar a perversidade da questão, que, por um lado restringe o direito à saúde e seu acesso, e por outro, facilita a criação de estratégias ilegais para acessar o sistema. Estas questões mostram que os problemas de transfronteirização exigem discussões a partir do estudo dos casos concretos, das particularidades de cada região fronteiriça e das experiências dos Secretários de Saúde.

Segundo um SMS do Paraná, a busca por medicamentos no SUS por parte da população estrangeira é, “freqüente, porque eles utilizam... uma coisa que acontece... como histórico, muitas vezes procuram pegar medicação. Então, você tem mais, digamos... nessa direção da medicação, tem muita gente que vem com essa intenção, digamos... praticamente por causa da medicação” (G/FIO, 21/11/2005). Outro SMS do Paraná afirma que um dos motivos que levam essa população a procurar os serviços de saúde brasileiros é a medicação.

A facilidade de receber a medicação gratuitamente. Aqui, nós, além de darmos o tratamento, a gente procura dar para quem é pobre toda a medicação que foi receitada. Nós temos a farmácia básica, mas digamos que o médico receitou alguma coisa que não esteja lá na farmácia, então a gente faz uma avaliação, e se a pessoa não tem condição, se compra e entrega. Só pedimos para que a pessoa assine do lado que recebeu o remédio. Porque eu estou sempre sendo fiscalizado pela Juíza, pelo Promotor, pelo Tribunal de Contas e pela Corporação, que de vez em quando quer incomodar também (P/BC, 11/11/2005).

Assim, pode-se constatar que na maioria dos municípios dos três Estados, não há qualquer restrição ou impedimento ao fornecimento de medicamentos na atenção básica a estrangeiros. A maioria dos SMS's enfatizou a exigência de documentação quando há necessidade de medicação de alto custo e, na maioria das vezes, o estrangeiro não consegue acessar esse procedimento devido à falta de documentação, principalmente o Cartão SUS.

Outro aspecto mencionado com pouca freqüência pelos SMS's diz respeito ao funcionamento e alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/ SUS) dos municípios. Essas informações são de extrema importância para a esfera municipal, pois é a partir deste banco de dados que são planejadas as ações e serviços de saúde, e especialmente o repasse de recursos.

A NOAS 2002 estabelece a responsabilidade dos municípios pela “alimentação do sistema” com dados atualizados mensalmente. Deste modo, a alimentação é pré - requisito para o repasse de recursos. Com isso, foi possível verificar duas situações. Na primeira, esse critério vem sendo seguido pela totalidade dos municípios dos três Estados pesquisados, já que existe, por parte do Ministério da Saúde e das SES, um controle maior sobre

procedimentos e recursos. A segunda situação é contraditória, pois, pela fala dos SMS's, nem sempre a informação recebida dos pacientes não nacionais é verídica, ou seja, em alguns casos, os estrangeiros são incluídos como se fossem brasileiros, dando inclusive um endereço que é de outro familiar. Diante disso, um secretário de Santa Catarina relata:

Que nós temos, [...] muito bem informatizado, todas as nossas ações de saúde [...]. Nós temos boletins mensais que saem com o número de consultas que são feitas pelo médico do PSF e tal. O cirurgião dentista, quantos atendimentos, quantos atendimentos de enfermagem, tudo isso está sendo muito bem cadastrado e catalogado. Agora as ações dos ACS, agentes comunitários de saúde, e assim por diante. Todo mês nós temos um mapa [...], digamos assim, bem discriminado de todas as nossas ações de saúde (PA/DCO, 10/10/2007).

Para o SUS, os dados fornecidos pelos municípios são extremamente importantes por duas razões. A primeira, porque subsidiam a confecção dos relatórios anuais de gestão municipal, com informações e indicadores de saúde mais precisos. Trata-se, portanto, de um mecanismo para avaliar e adequar o planejamento das ações e serviços de saúde futuros, de acordo com as demandas mais freqüentes. A segunda, pois esses dados contribuem para o monitoramento e adequação dos serviços ofertados.

Um SMS do Paraná ressalta como ocorre a alimentação do sistema:

O sistema de informações ambulatorial é o SIA/ SUS que é controlado na Auditoria do município, então nós pegamos toda a produção da cidade, manda para o Departamento de Auditoria e ele manda isso a nível de Ministério. É feita a análise dentro dos códigos do SUS para ver o ressarcimento dentro da tabela, o que não se encaixa naquela tabela fica por conta do município (G/FI, 01/11/2007).

As informações do SIA/ SUS são enviadas ao MS por meio de um sistema digital. São dados referentes a todos os procedimentos ofertados pelo SUS nos municípios, da atenção básica, com as UBS e a rede ambulatorial e hospitalar, até a especializada. Nota-se que o banco de dados do SIA/ SUS não dispõe de campo específico para relacionar os atendimentos a estrangeiros. Já no caso dos estrangeiros naturalizados que possuem documentação brasileira, existe um diferencial, uma vez que são inseridos e computados como brasileiros.

Essa questão vem sendo amplamente discutida e reivindicada pelos SMS's dos municípios localizados em regiões de fronteira. Diante disso, o "Pacto pela Saúde" e o SIS – Fronteiras se caracterizam como inovações, que procuram atender as especificidades destas

regiões. O Pacto não faz nenhuma referência a modificações ou orientações ao SIA/ SUS no sentido de criar mecanismos de registro da demanda estrangeira. Ele prevê apenas a criação de um sistema de saúde integrado entre os países, mas também não traz orientações precisas nem específica como isso será realizado.

Quanto aos mecanismos de coordenação e controle das ações e serviços de saúde, este aspecto foi pouco mencionado pelos SMS's (apenas dois). Conforme as definições da NOAS 2002, a coordenação e o controle do sistema local de saúde são responsabilidades municipais. Com isso, os municípios são os responsáveis diretos pela gestão e execução dos serviços e ações de saúde, além de estabelecer as pactuações com os demais municípios.

Aos municípios cabe a coordenação dos programas já definidos pelo SUS de acordo com o tipo de gestão que está habilitado, bem como seu monitoramento. Entre os programas instituídos pela Política Nacional de Saúde na atenção básica, estão: a coordenação das UBS e das respectivas equipes do Programa de Saúde da Família, das ações de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental, e controle de zoonoses), o programa de agentes comunitários de saúde, de redução da mortalidade materna e infantil, saúde bucal, etc⁸⁵.

A esfera municipal também é responsável pela coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Centro de Atenção Psicossocial e o Centro de Especialidade Odontológica. Além da coordenação dos programas vinculados à atenção básica, de média e alta complexidade, também segundo o tipo de gestão, cabe também aos municípios firmar convênios com a rede hospitalar local para a prestação de serviços.

Um SMS do Paraná falou sobre a autonomia das Coordenações em seu município:

Nós temos uma gestão totalmente integrada, então nós temos um colegiado gestor onde os diretores junto com os supervisores de distrito sanitários, os gerentes, as coordenações dos diversos programas, nós nos reunimos mensalmente, mas cada diretoria tem autonomia dentro da sua área de trabalho, mas é tudo muito conversado e não temos nenhum problema de gerência (G/FI, 01/11/2007).

Frente ao exposto, foi possível notar que 70% dos SMS's entrevistados afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS municipal. Igualmente, todos os

⁸⁵ Alguns dos principais programas sob coordenação municipal: Tuberculose, Hanseníase, Programa de Imunização, Laboratório Municipal, Raio-X, DST – AIDS, Centro de Orientação e Assistência Sorológica – COAS, Serviço de Atendimento Especializado - SAE, Ambulatório de Hepatite, Exames de Média Complexidade, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Farmácia Básica, Recursos Humanos, Medicina Especializada, Programa Órtese e Próteses, Pequenas Cirurgias, Central de Esterilização, Sistema de Notificação dos Nascidos Vivos – SINASC, Combate as Carências Nutricionais, Serviço de Verificação de Óbitos – SVO, Preventivo de Câncer do Colo Uterino, entre outros.

secretários informaram que prestam algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS em seus municípios. Cerca de 28% dos SMS's disseram que o atendimento aos estrangeiros é prestado apenas em situações de emergência, com indicações de retorno ao país de origem após o primeiro atendimento. Outros 36% dos entrevistados destacaram prestar atendimento a estrangeiros em outros serviços além da emergência, mas apenas em casos específicos. Por fim, 36% dos SMS's relataram prestar atendimento para todos os serviços disponíveis (GIOVANELLA et al, 2007).

4.2.3 Financiamento – novos perfis / padrões / acordos

No campo do financiamento, foram observadas inovações de extrema importância para a política de saúde, especialmente com a criação de mecanismos de repasse financeiro para Estados e municípios. Esse mecanismo tornou possível o repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de forma direta, o que vem favorecendo o planejamento, execução e controle mais efetivos das ações em saúde. Com isso, foram estabelecidos tetos financeiros de investimentos em saúde para cada esfera de governo, previstos na PPI e nos planos municipais de saúde.

O financiamento do SUS ocorre de acordo com normas que pretensamente garantem a organização do sistema. Portanto, Estados e municípios passaram a receber recursos conforme sua capacidade de gestão e a partir dos dados demográficos informados ao IBGE. Verifica-se, tanto na NOB 1996 quanto na NOAS 2002, a clareza em relação aos critérios para o repasse de recursos aos municípios, expressos através de exigências como: a criação de um Fundo de Saúde (FMS), um Conselho de Saúde, um Plano Plurianual de Saúde, contrapartida de recursos para a saúde, previstos no orçamento.

Quanto ao financiamento, observa-se que a questão das transferências financeiras realizadas pelas esferas federal e estadual aos municípios se dá no sentido de apoiar o desenvolvimento de diversas ações e serviços. Segundo um estudo da OPAS com Estados que participaram da Cooperação Técnica Descentralizada (CTD)⁸⁶, Paraná e Rio Grande do Sul foram os estados que se destacaram no desenvolvimento de mecanismos de transferência de recursos Fundo a Fundo, da SES para as Secretarias Municipais de Saúde (OPAS, 2003).

⁸⁶ O estudo foi realizado em 2002 com o apoio da OPAS, contando com a participação dos seguintes estados brasileiros: Bahia, Goiás, Paraná, Rondônia e Rio Grande do Sul.

Para a maioria dos SMS's entrevistados, o financiamento é apontado como uma das principais áreas de implicação para a gestão do SUS. Na fronteira do Rio Grande do Sul, as implicações relacionadas ao financiamento relatadas com frequência pelos SMS's foram: dificuldades quanto a internações, falta de AIH's e a superlotação, tanto nos ambulatórios quanto em hospitais. Foram também mencionados, embora com menor ênfase, gastos com medicamentos, exames e transporte, fornecidos gratuitamente a estes pacientes.

Como revela a fala dos SMS's:

“[...] falta de AHI's e a superlotação causada pela demanda estrangeira no posto de saúde localizado na fronteira com a Argentina” (P/TS, 2005)

“Com a grande demanda estrangeira (brasileiros e estrangeiros), há falta de AIH's, de medicamentos e maior gasto com transporte” (P/ES, 2005).

“O atendimento para estrangeiros, que é grande; o aumento dos gastos financeiros em saúde e com medicação, transporte e AIH's” (P/ES, 2005).

“A falta de profissionais suficientes para atender a demanda; [...] de recursos financeiros, de intercâmbio com a Argentina e a interferência da demanda estrangeira nos índices do município” (P/TS, 2005).

A mesma situação foi salientada por outros SMS's da mesma região. Essas dificuldades são apresentadas com maior ênfase por municípios com menos de 10.000 habitantes. Além disso, nota-se que a situação ocorre com maior frequência em municípios com maior proximidade geográfica a cidades estrangeiras.

Na fronteira do Paraná, essa questão também foi revelada por alguns SMS's. Os Secretários informaram que a demanda por parte da população estrangeira vem crescendo e acarreta a falta de AIH's, gastos maiores com medicamentos e demais procedimentos utilizados por esses usuários, principalmente, com pré - natais e atendimento odontológico. Frente à situação alguns SMS's destacaram,

“[...] devido aos pacientes que vêm da fronteira, pois acabam usufruindo de atendimento/ AIH's do município. O município paga pré-natais, atendimento odontológico e medicamentos” (P/PO, 2005).

“Sim, em relação ao financiamento, devido ao município atender mais pessoas que sua população” (PB/GL, 2005).

“[...] temos brasileiros que moram na Argentina e os filhos nasceram lá, mas quando precisam de atendimento mais especializado, os médicos argentinos encaminham para cá, e o SUS não paga pelo procedimento de estrangeiros, e assim o município arca com as despesas” (PA/CA, 2005).

A última fala sinaliza claramente a inexistência de protocolos e orientações que visem à organização da demanda, no sentido de propor alternativas de cooperação ou contrapartida financeira entre as cidades. Percebe-se, com os relatos, a existência de contatos informais entre profissionais de saúde das cidades fronteiriças, brasileiras e estrangeiras, para o encaminhamento de pacientes. Sendo assim, os municípios passam a arcar com as despesas dos procedimentos, pois o SUS não repassa recursos além dos já previstos, e também não há contrapartida da cidade estrangeira.

No caso da utilização das AIH's, alguns SMS's dos três Estados apontaram dificuldades para o encaminhamento de pacientes, por falta de tais autorizações. Como cita o SMS de um município do Paraná,

[...] a falta de AIH é um problema para encaminhar os pacientes. O município é pequeno e só oferece atendimento básico, o hospital conveniado mais próximo é em Y (referindo-se a um município brasileiro). Então, a cota de AIH é pequena e não dá conta da demanda, pois há muita procura por parte dos X (referindo-se a estrangeiros), geralmente em caso de emergência (P/PB, 2005).

De acordo com a NOB 1996 e a NOAS 2002, todos os procedimentos ofertados pelo município, tanto atenção básica quanto média e alta complexidade, devem ser previamente planejados observada a população do município e devidamente inseridos no TRA, responsável pela transferência de recursos aos Fundos Municipais de Saúde. Com isso, constata-se que a maioria dos municípios da pesquisa apresentou dificuldades financeiras diante da procura nos serviços de saúde por parte da população estrangeira, não contabilizada como população residente no município. Situação essa que vem se refletindo na quantidade dos recursos repassados, na maioria das vezes inferiores aos gastos realizados, trazendo conseqüências para o orçamento municipal, o que se agrava com a falta de registro dos usuários estrangeiros, visto que poderiam comprovar a demanda junto ao MS.

Tal insuficiência de recursos financeiros tem se refletido na qualidade e quantidade dos serviços de saúde oferecidos nas regiões de fronteira, como é o caso de Santa Catarina. Isto também é relatado por outros municípios da região, que compartilham a falta de recursos e a superlotação do único hospital de referência, devido à demanda que não é oriunda dos municípios brasileiros. Como informou um SMS de Santa Catarina,

[...] o Hospital Regional de Chapecó que não funciona, é bom frisar! Por que que nós não ficamos independentes de Chapecó que está há 200

quilômetros daqui, mais todos esses municípios que são muitos para um Hospital superlotado, sem dinheiro, com os profissionais sempre querem cobrar um pouco por fora porque o SUS paga pouco? Enfim, é sempre a mesma história! Sempre o jeitinho brasileiro e a pessoa paga por fora. Ele tem que resolver o problema dele e o médico não ganhar aquela miséria que eles pagam lá (PA/DCO, 10/10/2007).

Neste eixo financiamento, verifica-se que alguns aspectos aparecem com maior frequência na fala dos SMS's. Entre os mais citados, estão: a priorização de áreas programáticas no campo do financiamento; a utilização dos recursos do PAB - Fixo e do PAB - Variável; e a indicação de especificidades regionais. Os aspectos citados com pouca frequência por parte dos SMS's foram: os indicadores de resultados do sistema – existência/alimentação do sistema; e, a coordenação e controle das ações relacionadas ao financiamento do SLS. Esses pontos serão detalhados a seguir.

A Política Nacional de Saúde e a NOAS 2002 prevêm a existência de áreas prioritárias, tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade, com previsão orçamentária. De acordo com o tipo de habilitação, os municípios podem desenvolver diversos programas recebendo recursos financeiros para tais ações. Com isso, os municípios são responsáveis pela prestação de determinados serviços já previstos pelo SUS, mas também podem estabelecer programas para atender as suas prioridades, sempre que devidamente inseridos nos Planos Municipais de Saúde. Segundo a NOB 1996, os recursos de investimento são destinados pelo Ministério da Saúde e as prioridades de investimento são solicitadas pelas Secretarias Estaduais. Tais prioridades, já negociadas na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, são executadas conforme a legislação diretamente aos Fundos de Saúde.

As áreas prioritárias para o financiamento, já determinadas pelo MS, são recursos destinados a ações e serviços na atenção básica, de média e alta complexidade. Portanto, se observa que essa é uma regularidade que vem sendo seguida pelos municípios localizados na região de fronteira.

[...] o Ministério realmente faz, prioriza certas áreas programáticas, então tem incentivo para abertura de CAPS, ótimo! Recursos humanos é do município, daí bate na lei de contratação de pessoal, então o município quer avançar e a outra lei prende. O Ministério prioriza a área programática da atenção básica com estratégia Saúde da Família, vamos de Estratégia Saúde da Família, entendemos que é uma estratégia muito boa, bate na questão de recursos humanos e financiamento (G/FI, 01/11/2007).

Frente a esse aspecto, um dos SMS de Santa Catarina informou como área prioritária para seu município a conclusão do hospital e a compra de equipamentos adequados para atender a demanda da população e da região. A fala que segue reflete a preocupação do SMS com o atendimento às demandas regionais, pois o único hospital de referência - Chapecó - está superlotado, uma vez que sua área de abrangência é extensa.

[...] O que nós precisaríamos é a conclusão desse hospital municipal,[...] nós temos e precisamos concluir esse andar superior, equipar melhor o nosso hospital para podermos ser um hospital de referência microrregional. Esses são recursos que nós estamos pleiteando há vários anos e não conseguimos. [...] o que a gente sempre pede através da Bipartite é, [...] o maior aporte de verbas para o hospital (PA/DCO, 10/10/2007).

A maioria dos SMS's mencionou a defasagem nos valores repassados por serviços prestados no SUS. A NOB 1996 e a NOAS 2002 prevêm que os valores da tabela de procedimentos do SUS sejam atualizados com periodicidade. Esse valor é um valor único *per capita*, e seu reajuste tem por base a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/ SUS). Cabe aos municípios manter esse sistema com dados atualizados mensalmente.

Segundo os SMS's, essa atualização dos valores não vem ocorrendo. Conforme o relato de um SMS, a tabela do SUS necessita de revisão dos valores, “[...] são obsoletos, são medíocres, ridículos”. A mesma reivindicação foi ressaltada por outros SMS's,

[...] que para todos os níveis de atenção e toda essa hierarquização que nós temos dentro também da vigilância à saúde, o aporte de verbas seja maior. E principalmente com a nossa condição de fronteira. Como eu já falei, desse número muito grande de atendimentos que nós temos, que extrapola em muito a população do nosso município. E, portanto, nós estamos sempre recebendo recursos a menos, mesmo os municípios normais, os recursos já são escassos. Para nós então, para nós os recursos são escassos ao cubo. Então, dentro dessas questões é que são encaminhadas as solicitações via COSEMS, via nosso Conselho de Secretários de Saúde até a Bipartite (PA/DCO, 10/10/2007).

A situação foi evidenciada com maior frequência em cidades - gêmeas, e talvez isso se deva à inexistência de registro do atendimento à população estrangeira. Sobretudo, a situação incide diretamente no orçamento para a saúde em virtude da falta de informações sobre o atendimento a estrangeiros, que não constam como dados que subsidiam a elaboração dos relatórios de gestão e a alimentação do SIA/ SUS. Isso traz conseqüências ao repasse de recursos financeiros à esfera municipal.

Um elemento também enfatizado nas entrevistas diz respeito à falta de recursos financeiros para a contratação de recursos humanos, sendo apontado como fator que dificulta a realização de ações mais efetivas nos municípios. Na maioria das vezes, os municípios é que arcam com a contratação de profissionais, como relata um SMS do Paraná: “Então, só nesta gestão foram contratados 855 novos funcionários, então, o peso que isso tem na folha do município é muito grande. Então, assim, será que essa lei está correta falando em recursos humanos para a saúde?” (G/FI, 01/11/2007).

No que tange à questão, a NOAS 2002 determina que um dos critérios para a habilitação dos municípios à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, como é o caso do município anteriormente citado, seja a comprovação de capacidade técnica e administrativa e que tenham definidos a estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação. Prevê, ainda, que os municípios tenham disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas previstas na legislação. Portanto, parece que os gestores se habilitam a um tipo de gestão para o qual não têm competência e estrutura adequada.

Outro aspecto apresentado como prioritário para o financiamento é a preocupação dos SMS's em estabelecer formas de cooperação financeira entre cidades de fronteira. Esse aspecto foi mencionado com frequência nas entrevistas, e mostra-se relevante pelo fato de possibilitar o desenvolvimento de ações e serviços para o controle e prevenção de diversas doenças.

A maioria dos SMS's afirmou desconhecer acordo ou cooperação financeira existente entre seu município e a cidade estrangeira para a realização de ações e serviços de saúde. Isso, de acordo com alguns SMS's, vem dificultando a realização de ações conjuntas para a prevenção e controle de doenças, como, por exemplo, a dengue e a AIDS.

No Rio Grande do Sul, foi possível verificar a existência de cooperação financeira, apenas para viabilizar a realização de congressos e eventos relacionados às questões de fronteira e de saúde. Nota-se que vários eventos já ocorreram e sua realização se dá, na maioria das vezes, em cidades – gêmeas, por apresentarem maiores dificuldades em relação ao fluxo de pessoas.

No Paraná, observa-se a inexistência de repasse de recursos financeiros para o atendimento aos usuários estrangeiros. Até o momento das entrevistas não havia nenhum tipo de repasse de recursos, mas poderá ocorrer com a implantação do Pacto de Saúde. Diante da situação, um secretário disse desconhecer qualquer tipo de acordo entre sua cidade e a cidade estrangeira vizinha:

Todo atendimento é custeado pelo município [...], não existe um tratamento diferenciado para o atendimento de estrangeiro, não existe nenhuma pactuação de ressarcimento por esses atendimentos, e também não existe nenhum ressarcimento para brasileiros que residem do outro lado da fronteira. Então, hoje o custo de todo o atendimento recai sobre o município (G/FIA,16/06/2005).

Apenas um SMS deste segmento de fronteira informou a existência de iniciativas de cooperação financeira entre as cidades, ainda que ocorrendo a passos curtos. Como reflete a fala do entrevistado,

[...] o que nós observamos realmente em termos disso é que as coisas são muito no início, muito primárias, entende, porque isso envolve o Ministério das Relações Exteriores. Então, é um trabalho que tem sido feito entre o Ministério da Saúde do Uruguai e o Ministério da Saúde do Brasil e a parte do Ministério das Relações Exteriores, representado aqui pelo Consulado do Brasil e o Consulado do Uruguai. Essas reuniões estão ainda muito primárias, [...] esse trabalho eu acho que tem que se intensificar muito, porque temos que chegar a um denominador comum (PB/JA, 01/02/2005).

Um dos relatos assinala a existência de um acordo entre Brasil e Uruguai para o atendimento nos sistemas de saúde dos dois lados da fronteira. Como apresenta um SMS do Rio Grande do Sul: “Porque o que diz a legislação, o que houve nessa relação entre Uruguai e Brasil foi que todas as cidades fronteiriças de 30 Km, varia tanto de um lado como de outro, mas o que nós observamos só que só nós que estamos dando e o Uruguai não dá nada”. Mas soma-se à questão a inexistência de mecanismos de acompanhamento ao acordo, o que o torna praticamente inútil para a vida cotidiana da população que ali reside. Situação essa que tem se agravado, pois o MS brasileiro não repassa nenhum recurso financeiro a mais para os municípios localizados em regiões de fronteira. Também é possível verificar o desconhecimento do secretário frente às legalidades que se referem a regiões de fronteira, pois nenhum dos acordos já existentes, tanto com o Uruguai quanto com a Argentina, fazem referência à área de abrangência.

Em Santa Catarina, foi apontada a existência de cooperação financeira para a realização de eventos e congressos. A mesma situação também é observada no Paraná. Neste caso, também foram citados, mas de maneira esporádica, alguns acordos que tratam das questões de saúde, entre eles o financiamento das ações, treinamentos e campanhas preventivas, e a troca de informações sanitárias e epidemiológicas. Além destas ações,

constata-se a presença de alguns fóruns de discussão sobre questões de fronteira e de saúde. A fala a seguir trata da questão:

Cooperação de fora, não. O que nós conseguimos, entre nós brasileiros, é um financiamento. Por exemplo, o primeiro Congresso de Saúde todo o material impresso, dos certificados às refeições que as pessoas fizeram, foi financiado por ICIOLYS (referindo-se a uma empresa privada). O Congresso de Odontologia, o material foi todo financiado pela Secretaria Regional de Santa Catarina. [...] [...] a trigésima, que atende seis municípios, é em X (referindo-se a um município brasileiro). Então, nós conversamos com J. sobre a importância do que estava para acontecer na região e pedimos seu apoio através de algum recurso, ele nos deu R\$ 3.000,00 e fizemos as pastas, crachás, certificados e pagamos as refeições para 120 pessoas (P/BC, 11/11/2005).

Outro SMS, da mesma região, também se mostrou preocupado com a necessidade de estabelecer formas de cooperação financeira para o atendimento à população estrangeira. Segundo ele:

A idéia seria que nós tivéssemos nessa fronteira algum financiamento estrangeiro, por exemplo, de uma Organização Pan-americana de Saúde, alguma coisa que justificasse nós trabalharmos conforme a gente pensa. Transformando os três Hospitais (referindo-se aos dois brasileiros e um estrangeiro) em Hospitais de referência para algumas doenças. [...] Os três Hospitais com atendimentos específicos e tudo isso financiado com recurso internacional (P/BC, 11/11/2005).

Dos acordos citados, também foram mencionados acordos relacionados a recursos materiais e humanos. Como cita o SMS “[...] atrás disso (referindo-se aos possíveis acordos financeiros) vem todo o resto indispensável. Treinamento de profissionais, remuneração dos profissionais que poderiam se deslocar para cá”. Verifica-se que estas iniciativas são inovadoras, mas ainda caminham lentamente.

Entre as propostas de cooperação, deve-se destacar as iniciativas para a formação de recursos humanos de forma conjunta com as localidades estrangeiras, e a discussão, mesmo que inicial, de mecanismos de contrapartida financeira para ambos os lados. Com isso, os acordos poderão viabilizar o intercâmbio de informações, continuidade do tratamento no país de origem, ou “o atendimento no país estrangeiro sem cobranças por serviços” (PB/GA, 2005), como ressalta um SMS do Paraná.

A NOB 1996 e a NOAS 2002 prevêm para o campo do financiamento alguns critérios para a destinação dos recursos. Desta forma, os municípios são obrigados a seguir

essas normativas, pois, caso contrário, os recursos são suspensos. Apenas os recursos da contrapartida municipal têm maior autonomia em sua destinação, isso tem favorecido a elaboração de programas inovadores voltados às prioridades de cada município.

Uma iniciativa que prioriza as regiões de fronteira, no aspecto financeiro, é o “Pacto pela Saúde”. Esse documento do MS, tem entre seus objetivos, atender as especificidades regionais, contemplando as “regiões fronteiriças” com a criação de Colegiados de Gestão Regional para a discussão das necessidades para a área da saúde, incluso o financiamento.

O documento define blocos de financiamento para o SUS, atualizando alguns itens da NOB 1996 e da NOAS 2002. Diante disso, algumas áreas foram priorizadas, como é o caso da atenção básica, a atenção de média e alta complexidade, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica e a gestão do SUS. Como se trata de uma normativa recente, a maioria dos municípios ainda não a implementou.

Quanto ao financiamento da atenção básica atual, os recursos federais são repassados aos municípios através do Piso da Atenção Básica - Ampliado (PAB -A) e do Piso da Atenção Básica Variável (PAB - Variável). Esse último mecanismo de repasse equivale ao item “Remuneração por Serviços Produzidos”, contido na NOB 1996 e na NOAS 2002, apenas com algumas atualizações que o Pacto aprimora. Cabe lembrar que grande parte das informações contidas nos bancos de dados utilizados na pesquisa são anteriores à elaboração do “Pacto pela Saúde”, assim, a maioria dos municípios ainda não aderiu ao termo de compromisso de gestão, além de assumir suas novas determinações⁸⁷.

Outro aspecto mencionado com frequência pelos SMS's refere-se à utilização dos recursos do PAB - A⁸⁸ e do PAB - Variável. A respeito da utilização do PAB - Fixo, um dos SMS de Santa Catarina afirmou, “o PAB - Fixo já tem a sua destinação, conforme preconizado pela lei do SUS. Então, nós não podemos fugir daquela realidade” (PA/DCO, 10/10/2007). Como se observa, esses recursos têm destinação específica, portanto, cabe aos municípios utilizá-los da melhor forma, seguindo sempre as orientações da política.

O mesmo SMS fala sobre o teto financeiro do município e como ocorre a destinação dos recursos para os programas específicos:

Nós temos um teto, por exemplo, para passagens através do Tratamento Fora de Domicílio, que o Ministério nos repassa um valor X que cobre as passagens [...]. Vêm recursos para os PSF's que são utilizados no PSF. Não poderia ser diferente. Uma pequena verba, da primeira fase de implantação do SIS - Fronteiras, que eles já determinam que pode ser gasto somente

⁸⁷ A maioria dos municípios brasileiros passou a receber o documento somente no final de 2007.

⁸⁸ Ou PAB - Fixo.

nisso, nisso e naquilo. Então, a gente tem que seguir, dentro do que já vem dito (PA/DCO, 10/10/2007).

Como prevê a NOB 1996 e a NOAS 2002, os recursos destinados ao PAB têm áreas prioritárias, essa foi a forma encontrada pelos secretários de saúde do SUS para igualar as ações e serviços entre os municípios. Logo, essa é uma normativa que deve ser seguida por todos os municípios e conta com rígido controle e fiscalização, por meio da atualização mensal do SIA / SUS e dos relatórios de gestão.

Outro aspecto destacado com frequência pela maioria dos SMS's trata da quantia de recursos repassados para desenvolver as ações e serviços de sua competência. Alguns SMS's relataram a necessidade de revisão das tabelas de procedimentos do SUS, que, de acordo com a maioria, está defasada. Isso vem causando transtornos aos municípios, pois estes vêm arcando com grande parte dos recursos para a saúde. Como diz o SMS de uma cidade - gêmea catarinense, “[...] há mais de 10 anos, eu acho que não havia nenhuma correção. E, então, a verba é irrisória, não dá para manter. Esses pequenos hospitais estão praticamente todos falidos [...]” (PA/DCO, 10/10/2007). O secretário ainda ressalta,

[...] olha, essa tabela do SUS é uma vergonha, porque, além de ser irrisório, o que eles pagam, existe uma discrepância no pagamento dos procedimentos. Por exemplo, uma crise asmática, que a pessoa fica internada um dia, paga mais do que uma pessoa que fica aí 10 dias com uma infecção intestinal violenta, tomando soro e um monte de medicação. E a crise asmática, tira em um dia. A crise asmática paga 3 vezes mais do que essa infecção intestinal. [...] O rim, pagam uma miséria. É, se for algum problema nos órgãos genitais, meu Deus, nem se fala, é miserável. [...] Então, existe a discrepância não só para o valor pago, que é horrível, como também na caracterização dos procedimentos (PA/DCO, 10/10/2007).

Percebeu-se, na fala de alguns secretários, a freqüente referência ao modelo hospitalocêntrico⁸⁹, contrário à política de saúde preconizada pelo SUS que prioriza a atenção básica de saúde com ações preventivas. Observa-se, diante disso, que por parte dos SMS's não há clareza quanto à centralidade da atenção básica, assim como, das funções e responsabilidades conferidas à média e alta complexidade prevista pelo SUS.

Em Santa Catarina, a maioria dos SMS's comentou que o financiamento dos serviços fica prejudicado devido ao atendimento à população estrangeira no SUS. Com isso, SMS's

⁸⁹ Esse modelo procura focar a atenção à saúde em políticas de saúde de caráter curativo, tendo o hospital como instituição central.

relataram a insuficiência de recursos para atender a população que reside no município e a demanda que vem da fronteira. Como apontam alguns SMS's da região:

“Necessidade de garantir recursos financeiros para que a população estrangeira possa ser atendida” (PA/BA, 2005).

“O problema são os atendimentos prestados a estrangeiros que não são pagos pelo país de origem” (P/AB, 2005).

Alguns SMS's também informaram o relativo incremento financeiro junto ao PAB-A, com as discussões em torno do “SIS - Fronteiras”. Como descreve um SMS catarinense, “[...] E, então, aí dentro do nosso SIS – Fronteiras nós tivemos um pequeno acréscimo no nosso PAB - fixo, por causa do SIS - Fronteiras. Mas que não reflete jamais (referindo-se às necessidades reais do município), foi uma coisinha assim” (PA/DCO, 10/10/2007). Nota-se que a criação do SIS - Fronteiras se caracteriza como uma inovação institucional, que vem favorecendo o atendimento das necessidades dos municípios de fronteira e que poderá facilitar a integração de ações e serviços de saúde entre os países.

Sobre a utilização dos recursos do PAB - A, um SMS do Paraná enfatiza:

É usado em atenções... Aqui nós temos o problema da fronteira, que é o que a gente citou desde o início [...], que o PAB - fixo é pago por *per capita*, por habitante dentro das estatísticas do IBGE. Então, voltando a nossa conversa na estatística do IBGE, Foz tem 311.000 pessoas, recebendo R\$ 13,00 por habitante/ ano dividido em doze parcelas (G/FI, 01/11/2007).

A mesma situação foi relatada pela maioria dos municípios localizados na região de fronteira. Grande parte dos SMS's entrevistados disseram enfrentar as mesmas dificuldades em relação ao número de habitantes que residem oficialmente no município e à população que não é contabilizada. Soma-se a essa questão a falta de mecanismos que favoreçam o estabelecimento de regulações efetivas para esse tipo de atendimento.

A fala de um SMS do Paraná reflete uma preocupação que ocupa a maioria dos SMS's dos municípios fronteiriços: **“Mas e o brasileiro que mora no Paraguai que usa o nosso serviço? Onde que ele está contemplado? Em nenhum lugar”**⁹⁰(G/ FI, 01/11/2007). Se a estratégia mais utilizada pelos estrangeiros para acessar o sistema é a falsa comprovação de residência, do lado dos gestores muitas vezes ocorre a concordância sutil com essa prática ao atender a demanda e não registrar como estrangeiro. Sendo assim, o atendimento prestado não é registrado e informado ao SIA/ SUS, ou seja, para o MS, ele não ocorreu. Os recursos

⁹⁰ Grifo nosso.

referentes a esse tipo de atendimento passam a ser responsabilidade única e exclusiva do município.

Situação semelhante foi mencionada por alguns SMS's do Paraná, que também perceberam um incremento na demanda por serviços de saúde. Desta forma, as principais dificuldades estão relacionadas a,

“[...] porque os paraguaios vêm para o município para ser atendidos e o município tem que pagar pelos procedimentos” (P/I, 2005).

“[...] os recursos do SUS vêm de acordo com o número de habitantes e o município absorve também os estrangeiros (atendimento)” (PB/MC, 2005).

“[...] há aumento da demanda com aumento da população, não agregada ao PAB” (PB/SH, 2005).

A mesma situação foi informada pela maioria dos municípios de fronteira do Paraná e vem se tornando freqüente, devido à procura nos serviços de saúde. Alguns SMS's relatam que esse impacto no financiamento das ações e serviços é evidente. Como se pode ver nas falas a seguir:

“A redução dos recursos financeiros que é repassado *per capita*, que com a demanda estrangeira diminui” (PA/PX, 2005).

“Impacto financeiro para o município pelo tipo de atendimento que se oferece” (G/FIO, 21/11/2005).

“A principal dificuldade é o financiamento, pois o município tem que arcar com a despesa do estrangeiro” (PB/ GL, 2005).

Assim, observa-se que fatores como a inexistência de contrapartida financeira e de acordos que regulem o atendimento à população estrangeira, conjugados à diversidade de compreensão sobre o direito à saúde dos profissionais, vêm contribuindo para a sobrecarga do sistema local de saúde dos municípios. Aspecto facilmente percebido na fala dos SMS's: “É a demanda de gestantes brasiguaias que vêm para cá para fazer pré-natal e parto, esse é o principal problema, pois é um custo a mais para o município” (PA/ML, 2005).

Para alguns SMS's do Rio Grande do Sul, a localização dos municípios favorece a procura por serviços no lado brasileiro e, conseqüentemente, faz aumentar os gastos no campo da saúde. Como cita um SMS: “Essa localização nos implica numa despesa extra. Não temos condições de atender a todos com o mesmo orçamento destinado ao município, principalmente em nível ambulatorial” (PB/ JB, 2005). Diante disso, outros SMS's da mesma região também comentam, “[...] o SUS não contempla a questão da fronteira, e para outros

serviços também” (P/AC, 2005), “aumento da demanda, extrapolando o teto de procedimentos ofertados pelo SUS” (PB/QI, 2005).

A situação vem se agravando com o aumento de demanda estrangeira por serviços de saúde, constatação que foi reiterada inúmeras vezes pelos SMS’s dos três Estados. Esse fato tem elevado os gastos municipais com procedimentos, como por exemplo, exames, medicamentos e transporte.

Alguns SMS’s disseram que, em razão da demanda da população estrangeira, os recursos repassados aos municípios tornam-se insuficientes. Portanto, os recursos destinados ao financiamento das ações são repassados com base no número de habitantes residentes, fato que em municípios de fronteira é inviável. Como exemplo, um SMS do Rio Grande do Sul cita o caso de seu município: “Hoje o IBGE conta 94, 95 mil habitantes, entretanto não estão computados aí os outros que são atendidos aqui. Ou seja, não temos uma precisão numérica de quantos são atendidos aqui” (M/SL, 11/11/2005). Essa situação vem se agravando por que os municípios não dispõem de mecanismos que regulem o atendimento a essa demanda.

Perante esta situação, alguns municípios já estão propondo iniciativas para contabilizar tal população, no intuito de buscar apoio financeiro das outras esferas de governo: “Por isso nós pedimos agora ao Hospital para que faça uma contagem e nos aponte números para que, com esses dados, a gente possa buscar apoio” (M/SL, 11/11/2005). Verifica-se que poucos municípios da região pesquisada informaram ações voltadas ao registro da demanda estrangeira, embora a maioria relacione essa desinformação com a dificuldade financeira.

Outros SMS’s também ressaltam a questão do repasse de recursos, como foi o caso de um SMS de Santa Catarina que desabafou: “Não, não é repassado. E são muito distorcidos os recursos. Não tem como você manter um hospital com os recursos que vêm das AIH’s. Só pelo SUS qualquer hospital fecha as portas...” (PA/DCO, 10/10/2007). Outro SMS do Rio Grande do Sul salienta,

Traz um problema muito grande, porque como nós recebemos o PAB, recursos por habitante/ ano, isso por habitantes, traz um problema muito forte, porque nós estamos tirando do nosso, despesas para atender o país vizinho sem ter nenhuma troca, é isso que nós estamos discutindo nas reuniões [...]. Reuniões de saúde [...] com o consulado Brasil e Uruguai (PB/JA, 01/02/2005).

Os SMS’s também falaram sobre a falta de clareza quanto à utilização dos recursos financeiros correspondentes ao Programa Saúde da Família. De acordo com um SMS do Paraná:

O Ministério adota uma política, [...] em cima de programas e eixos norteadores, estratégias, mas nem sempre essas estratégias estão muito claras para os municípios no campo legal. Então, vamos falar de um grande eixo da atenção básica, que é o Programa Saúde da Família, [...] Só que o Ministério não nos dá claro os mecanismos de contratação de recursos humanos, isso acaba deixando o município numa situação muito, muito difícil. [...] Mas o Programa de Saúde da Família é uma estratégia do governo, se muda o governo, como que você vai ficar com esse número grande de profissionais, e daí como é que nós vamos financiar isso. Vamos dar um exemplo: uma equipe de Saúde da Família recebe aqui com nós em torno de R\$ 6.000,00, 5.800 e pouco, gasta muito mais que R\$ 18.000,00. com cada equipe. Então obviamente que é um incentivo, o nome é incentivo, nós entendemos isso, só que daí, no campo da contratação nós acabamos patinando para tocar essa estratégia (G/FI, 01/11/2007).

Neste sentido, a NOB 1996 e a NOAS 2002 estabelecem um percentual de recursos destinados aos municípios, juntamente com o PAB - A, para o financiamento de algumas ações específicas. Sendo assim, os municípios também são co-responsáveis pela contrapartida e o que recebem é um incentivo para o desenvolvimento dos programas. Nota-se, novamente, que as Secretarias Municipais de Saúde têm um entendimento distorcido de sua real função dentro do sistema local de saúde, ou seja, se vêem simplesmente com a função de executar os programas.

Segundo alguns SMS's, as normativas a respeito de contratação de profissionais para os programas criados pelo MS não são claras, dificultando o procedimento. Conforme o desabafo de um SMS do Paraná, o MS dá as diretrizes da política e os municípios são obrigados a contratar os profissionais, e acabam ficando com a "criança no colo para poder criar". E ressalta também:

Daí a cobrança é que desprecia a mão-de-obra, os recursos humanos, o município vai para o caminho, aí ele entra num problema bem grave, que é hoje com a queda das receitas que o teto do pagamento, o teto máximo para pagamento de RH, a gente chega no percentual limite e não pode mais contratar. [...] É que bate na lei de responsabilidade fiscal e nas normas do Tribunal de Contas (G/FI, 01/11/2007).

Constata-se que as normativas da política de saúde têm critérios rígidos frente à questão financeira. Desta forma, deve-se enfatizar a importância da alimentação dos dados municipais junto ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA /SUS), é a partir deles que o MS destina os recursos para atender as necessidades de cada município ou região. Conforme a NOB 1996, é pré - requisito que municípios e Estados alimentem os bancos de dados nacionais, para que a transferência dos recursos do PAB-A ocorra. Caso essa alimentação não

aconteça, os recursos são suspensos. Observa-se que essa normativa vem sendo seguida com rigor pelos municípios da região de fronteira, bem como, as informações são enviadas ao sistema mensalmente⁹¹.

Quanto à adesão ao PAB - variável, aspecto presente no Pacto pela Saúde, os SMS's entrevistados se referiram à questão como sendo a "Remuneração por Serviços Produzidos"⁹², pois ainda não aderiram ao termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, que substitui as habilitações dos municípios previstas na NOB 1996 e na NOAS 2002. Como relata um SMS de Santa Catarina: "Esse PAB - variável [...] é de acordo com a produção, a produtividade [...]. É dos programas específicos [...]" (PA/DCO, 10/10/2007).

Para o SMS de uma cidade - gêmea do Paraná:

Então, o PAB variável vem na mesma linha, ele financia os programas, a assistência farmacêutica, a saúde bucal, mas em cima dessa população do IBGE, em cima dessa população coberta pelo PAB - fixo. Então, nós temos uma defasagem grande aqui tanto desses brasileiros que moram lá, como dos estrangeiros que residem aqui sem documentação. Aí nós temos realmente um problema (G/FI, 01/11/2007).

Deve-se lembrar que o relato se refere ao item "Remuneração por Serviços Produzidos", já que nenhum município dos três Estados da região Sul aderiu ao termo de Compromisso de Gestão, que prevê o PAB - Variável.

Outro aspecto importante para municípios de regiões de fronteira, na questão do financiamento, é a indicação de especificidades regionais, recentemente inseridas no documento Pacto pela Saúde. Esse aspecto é visto como uma inovação institucional da política de saúde, contemplado mediante o repasse de recursos aos municípios através do PAB - Variável. Destaca-se que os municípios ainda estão se adequando a essa nova normativa.

Com relação a esse aspecto, um SMS de Santa Catarina comentou que grande parte das informações do município e da região já foram diagnosticadas, e suas prioridades foram subsídio para a elaboração do projeto SIS – Fronteiras. Segundo ele, "[...] Está lá o nosso diagnóstico do SIS - Fronteiras. Então, eles sabem, justamente, quais são as nossas especificidades regionais. [...] Porque os nossos municípios de fronteira, eles já têm na mão as especificidades regionais" (PA/DCO, 10/10/2007).

⁹¹ Em alguns municípios, foram criadas funções para as pessoas que fazem esse levantamento de dados e repasse ao sistema nacional.

⁹² NOB 1996.

Alguns SMS's apontaram a necessidade de que os olhares se voltem às regiões de fronteira, e que sejam observadas as suas necessidades financeiras em relação à saúde, diferenciadas das demais. Diante do exposto, um SMS do Paraná falou da necessidade de um aporte maior de recursos para atender a essa demanda diferenciada.

Então, nós entendemos (referindo-se ao seu município) que o Estado também deveria nos remunerar. A gente dá conta dessa diversidade, nós temos muitas pessoas que vêm para cá de uma maneira ainda não legal, não legalizada, que moram aqui de muitas nacionalidades que é uma especificidade (G/FI, 01/11/2007).

Situação semelhante foi citada por outros SMS's. Tal fato sinaliza a necessidade de um repasse maior de recursos para essas regiões, principalmente para auxiliar o controle de algumas doenças. Com isso, seriam necessários maiores incentivos às localidades de fronteira que apresentam maior fluxo de pessoas, como aponta o SMS de uma cidade - gêmea do Paraná:

E a situação das pessoas, idas e vindas para os países de origem, então para várias doenças, pra vários agravos nós somos tudo, ou prioritária ou sentinela. Só que ao mesmo tempo a gente tem que ser reconhecido não só no trabalho, na cobrança, porque é uma cobrança muito forte para (referindo-se ao seu município) [...] com relação à vigilância de doenças (G/FI, 01/11/2007).

Observa-se que um fator incide diretamente sobre as indicações de especificidades regionais, ou seja, a falta de cooperação para a realização de ações e serviços por parte da cidade vizinha. Fator que se mostra evidente,

[...] nós temos que montar, nós temos que ter todas as estratégias, [...] mas é só nesse olhar de cobrança, não no olhar ou de ajuda mútua ou de parceria ou de reconhecimento até na questão de financiamento para que a gente possa fazer as nossas ações com uma certa tranquilidade [...]. Então, assim, muitas coisas a gente não pode avançar porque tem uma limitação, tem uma exigência muito grande da contrapartida do município, então, ele coloca muito acima do que é preconizado, então.... (G/FI, 01/11/2007).

Outra fala reflete mais concretamente a situação vivenciada pela maioria dos municípios fronteiriços: “Eu não acredito que nós tenhamos sucesso sem que o Brasil inicialmente custeie, que o Brasil [...] consiga desenvolver uma política de saúde na região de

fronteira sem dar suporte financeiro e técnico para melhorar o funcionamento dessa política” (G/FIA,16/06/2005).

De acordo com os SMS's, são feitas inúmeras exigências por parte do MS para a implantação dos programas de saúde, mas os recursos para a sua implementação não são repassados com tanta rapidez. A demora no repasse de recursos tem prejudicado os municípios, sobretudo, quando há necessidade de contratação de profissionais para atuar nestes programas. Como informa um SMS do Paraná:

Porque assim, ao mesmo tempo às vezes dá até uma angústia na gente, como a questão da descentralização porque a todo momento: Ah, tem que ver a unidade sentinela, saúde do trabalhador, unidade sentinela da influenza, unidade de saúde de... Um monte de coisa e ao mesmo tempo que se descentraliza não vem na mesma velocidade o financiamento, e daí a gente começa a ter limitação na contratação, ter uma série de limitações, daí para o Estado é fácil de cobrar, não é papel do município, o município tem que fazer (G/FI, 01/11/2007).

Outra situação enfrentada pelos municípios é o não cumprimento por parte da esfera estadual das prerrogativas, frente ao financiamento, definidas pelo SUS. Conforme os relatos, os municípios, na maioria das vezes, passam a arcar sozinhos com os custos dos procedimentos, que deveriam ser realizadas com a contrapartida da esfera estadual. Como desabafa o mesmo SMS,

Então [...] eu acho que todo o X (referindo-se ao seu Estado) deveria ser mais briguento, [...] e lembrar que o X, infelizmente, não coloca na saúde tudo que ele deveria colocar de suas receitas, em que se preconiza 12%, o município é cobrado aqui, nós, em vez de 15, aplicamos 30, o Estado do X aplicou 4% no último exercício. Isso é uma coisa que realmente eu acho que dói [...] em todos os lugares. Isso é um alerta para os profissionais de saúde para ficar atento para essas questões de políticas de saúde e não existe política de saúde se não tiver financiamento (G/FI, 01/11/2007).

Essa situação foi reiterada por vários SMS's, que apontaram a falta de cumprimento das prerrogativas contidas na Política Nacional de Saúde, principalmente por parte da esfera estadual, quanto ao repasse de recursos. Como desabafa o SMS do Paraná,

[...] o [...] (referindo-se ao seu município) vem bancando a saúde e nós temos orgulho disso [...] estamos cobrando o que é de direito dessa cidade. Nós estamos aproveitando esse momento para falar de fronteira, que a fronteira ela nos desgasta, em nenhum momento a gente vai se omitir dessa responsabilidade, mas que fique claro, [...] nós temos que saber exatamente

o que é direito e o que é dever do município, do Estado, do Governo Federal (G/FI, 01/11/2007).

Segundo um estudo da OPAS (2003), os percentuais dos estados praticados em 2000 estão bem longe do que determina a Emenda Constitucional nº 29, que prevê 12% dos recursos próprios para a saúde em 2004. O estudo também revelou que os estados do Paraná e do Rio Grande do Sul foram, até 1998, os estados que aplicaram os percentuais mais baixos de recursos no campo da saúde (OPAS, 2003).

Referindo-se ao mesmo aspecto, outro SMS do Rio Grande do Sul diz que seu município tem aplicado recursos da atenção básica na atenção hospitalar. A fala a seguir sinaliza para a falta de clareza de alguns SMS's sobre as regulações presentes na NOB 1996 e na NOAS 2002, em relação à contrapartida financeira.

O que pode ser aplicado, por exemplo, com o recurso do PAB? O repasse, por exemplo, para os Hospitais, não seria uma competência do município. [...] Porque hoje, na verdade, e eu tenho reclamado disso, e nós estamos colocando na saúde curativa e não estamos colocando no que é competência do município. Os 15% que deveriam ser aplicados na saúde preventiva. [...] Eles não pagam (referindo-se às esferas Federal e estadual) e nós é que estamos pagando. É muito! (M/SL, 11/11/2005).

Na fronteira do Paraná com o Paraguai, destacam-se as ações desenvolvidas pela empresa pública Itaipu Binacional, com a criação de um Grupo de Trabalho (GT) em 2003. Essa iniciativa procurou formular ações e estratégias visando garantir o atendimento das necessidades de saúde da população fronteiriça, especificamente de Foz do Iguaçu e *Ciudad del Este*.

Nota-se que o nível de cooperação alcançada pelo GT Itaipu/ Saúde, entre as autoridades sanitárias brasileiras e paraguaias para o desenvolvimento de ações na região, tem sido produtiva no debate sobre a criação de um modelo de integração dos serviços de saúde para regiões de fronteira. Entretanto, tais experiências não foram incorporadas ao Sistema Local de Saúde, ficando a cargo da Usina Hidroelétrica de Itaipu (UHI) o financiamento das ações empreendidas⁹³ (SILVA, 2006).

⁹³ Entre as ações desenvolvidas mediante articulação do GT/ Itaipu Saúde, destacam-se o Centro de Diagnóstico DST/ AIDS implantado em *Ciudad del Este*, Centro de Atendimento a Gestantes brasiguaias e paraguaias implementado em setembro de 2006 em Foz do Iguaçu, campanhas de vacinação contra a Raiva e Febre Amarela e outras campanhas de imunização (SILVA, 2006).

Entre os incentivos financeiros para a saúde da região, foram mencionados os chamados *royalties*⁹⁴. Assim, a Itaipu (UHI) tem repassado incentivos financeiros aos municípios, com a finalidade de desenvolverem programas voltados para a população que reside na área de abrangência da usina, seja no lado brasileiro ou paraguaio.

Como comenta um do SMS da região:

Eu acho que esses municípios lindeiros devem muito a Itaipu, a Itaipu talvez não nesses termos, deve a natureza, mas é o preço do progresso. Mas assim, se nós não tivéssemos os *royalties*, realmente a saúde desse município estava morta, porque nós íamos depender exclusivamente... Para o resto do país nós somos os primos ricos. Ah, mas vocês têm *royalties*! Até acho que esses pequenos municípios do Paraná e do país sofrem bastante também, mas assim se nós não tivéssemos os *royalties*, passa essa imagem que a gente tem grana de monte e, na verdade, não é, e realmente essa população estava sofrendo muito mais. Eu acho que tem que ser acrescentado ali que o nosso entendimento da importância dos *royalties* da Itaipu (G/FI, 01/11/2007).

Para Siqueira (2005), mesmo o GT Itaipu/ Saúde tendo se destacado em sua região de abrangência como um espaço significativo de articulação política e interinstitucional, ainda não foram igualmente observadas mudanças nas condições sanitárias das localidades fronteiriças. Fato esse que não se deve à falta de comprometimento do grupo, mas sim à reduzida adesão dos gestores federais, estaduais e municipais dos dois países na operacionalização das ações de integração propostas pela empresa.

Apenas dois SMS's souberam informar a existência de vantagens financeiras aos municípios, por se localizarem em regiões de fronteira. Como é o caso de um município no Rio Grande do Sul e outro de Santa Catarina. No primeiro caso, o SMS enfatizou:

O município de fronteira tem vantagens em relação a outros municípios, por exemplo: o laboratório de fronteira, com capacidade de fazer tudo, só os municípios de fronteira tem. Em relação à AIDS, nós temos verba específica para atender os pacientes desta região. Nós temos essa vantagem, ou não, já que também temos um número muito grande de soros - positivos. Este número pode - se talvez atribuir a condição de fronteira pela diferença de cultura (M/SB, 17/01/2005).

⁹⁴ *Royalty* - Dinheiro que uma pessoa recebe de outra, durante um prazo especificado, por lhe ter permitido usar alguma coisa que pertence ao recebedor, como explorar um poço petrolífero, ou o direito de publicar alguma coisa com direitos autorais registrados etc. É o pagamento pela licença concedida a um terceiro para explorar algo patenteado pelo licenciador.

Nota-se que nenhuma das demais falas faz referência à questão dos recursos específicos para atender pacientes na região. Talvez isso se explique pelo fato de os SMS's considerarem irrisória a quantidade de recursos repassados.

No caso de Santa Catarina, as vantagens informadas também se referem à implantação de um laboratório de fronteira para atender toda a região, pois existe grande fluxo de pessoas e produtos. Mas, segundo o SMS, a contrapartida financeira não vem ocorrendo,

[...] nós implantamos várias outras unidades aqui, digamos assim, conquistas que nós trouxemos para o município. Como o CEO, Centro de Especialidades Odontológicas, o CAPS, Centro de Atenção Psicossocial, o laboratório de fronteira que funciona aqui no lado, o SAMU [...]. E que não recebemos nenhum centavo do Ministério da Saúde, de repasse desses convênios, que eles, que eles firmaram conosco e não cumprem com a sua parte. Daí, do discurso à prática vai uma longa distância, [...] (PA/DCO, 10/10/2007).

Observa-se que um dos aspectos mais importantes no campo do financiamento da saúde é o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, informações que correspondem aos serviços cobertos pelo PAB - A. De acordo com a NOB 1996, a alimentação deste sistema é requisito para o repasse de recursos. Portanto, os municípios são responsabilizados quanto à operação deste sistema e alimentação dos bancos de dados junto à SES, seguindo as normas estabelecidas pelo MS.

No tocante aos indicadores de resultados do sistema e seus mecanismos de alimentação, aspecto pouco mencionado, os SMS's ressaltaram a importância e a necessidade de fornecer dados ao SIA/ SUS, função que fica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. Conforme alguns secretários, aos municípios é exigido o envio das informações em saúde, caso contrário, os recursos são retidos pelo MS.

De acordo com um SMS do Paraná, a Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela introdução de informações novas ao Sistema. Essa atividade é realizada por um setor específico, que compila os dados dos atendimentos na atenção básica e especializada e os envia ao sistema. Como cita o secretário, “[...] o Departamento que faz esse processamento, esse envio digital para o Ministério é o Departamento de Supervisão e Controle. A Secretaria nossa tem seis departamentos, [...] uma das diretorias é a Supervisão e Controle que faz a auditoria, a supervisão e o controle” (G/FI, 01/11/2007).

Para um SMS do Paraná, são frequentes os encaminhamentos feitos pelo responsável do setor saúde da cidade estrangeira vizinha: “Às vezes algumas recomendações que o [...] (referindo-se ao responsável pela saúde da cidade vizinha estrangeira) encaminha para a

psicóloga atender” (P/BC, 11/11/2005). O secretário também salienta a existência de um tipo de acordo com a cidade estrangeira vizinha, que passa a realizar determinados tipos de exames para o município brasileiro a baixos custos, como, por exemplo, a ultra-sonografia. Como relata o SMS: “Sim, pagamos (referindo-se ao município), sim ele faz no Hospital (referindo-se ao serviço da cidade estrangeira). O sistema lá é diferente. Trinta e poucos reais!” (P/BC, 11/11/2005).

Sabendo-se que o SUS não aceita a realização de qualquer procedimento fora do território nacional, o SMS relata as estratégias utilizadas para burlar o sistema de saúde. Com isso, os procedimentos são inseridos no SIA / SUS, normalmente, como sendo realizados no Brasil.

Bom! Legalmente eu devo pegar a nota de outro, do Hospital (referindo-se ao hospital brasileiro), para poder comprovar que eu fiz um pagamento para estrangeiro. Eu não posso pegar a nota lá e empenhar aqui. O tribunal me pega! Eu pego, por exemplo, a nota fiscal de uma farmácia como se tivesse feito uma medicação aqui, e daí repasso aquilo como se fosse compra de medicação! (P/BC, 11/11/2005).

O SMS fala ainda a respeito das estratégias para informar ao SIA/ SUS a realização de outros exames feitos na cidade estrangeira: “Informo sim! Eu tenho Ecografia em X e Y (referindo-se a dois municípios brasileiros). Então, digamos, conforme a neurose dos médicos daqui para levantar os preços, a gente faz lá na Argentina porque paga mais barato” (P/BC, 11/11/2005). Mas ressalta que não é informado que o exame foi feito na cidade estrangeira: “Não, que foi feito na Argentina, não! Mas que foi feito sim! [...] Aqui, na cidade, porque eu tenho o serviço aqui também (referindo-se a um serviço privado)! Às vezes é uma questão de preço!” (P/BC, 11/11/2005).

Essa é uma estratégia utilizada pelo município para compensar as demandas estrangeiras e obter o repasse de recursos através do SUS. Nota-se que não fica clara a forma como as notas fiscais são obtidas pelo município, pois são fornecidas por instituições privadas, fato que sugere a realização de relações de troca de favores e contrapartidas financeiras.

Sobre a mesma situação, um SMS do Rio Grande do Sul fala das regulações legais do SUS que impedem a compra de serviços de saúde ofertados na cidade estrangeira:

Essas implicações, na verdade, são mais legais. Porque há serviços no outro lado que a gente não pode comprar e vice-versa, também. Por causa da

questão legal e também a questão não só dos serviços de equipamento, mas da mão-de-obra. Nós temos esse impedimento, vamos chamar assim, legal. Além disso, a questão não é (só) nossa, no Brasil (M/SL, 11/11/2005).

A NOB 1996 e a NOAS 2002 também definem os mecanismos de coordenação e controle do financiamento do SUS. Segundo essas normativas, entre as atribuições dos municípios habilitados, seja em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou em Gestão Plena do Sistema Municipal, estão o desenvolvimento de atividades como a contratação de serviços, controle, avaliação, auditoria e pagamento a prestadores de serviços desde que contidos no PAB-A, em seu município.

Sobre o aspecto, os SMS's informaram que essa função é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde. Um SMS de Santa Catarina comentou que o controle dos gastos financeiros da saúde ocorre na contadoria da prefeitura municipal. E relata:

Aqui (referindo-se à Secretaria Municipal de Saúde) nós fazemos os mapas, os fechamentos dos programas e tudo. Mas quem gerencia mesmo ainda é a contadoria da prefeitura que, que na parte contábil, do fundo. Que teria que ser tudo centralizado aqui na Secretaria de Saúde. Uma vez que eu sou o gestor municipal de saúde. então, é como se fosse, é um fundo a parte da administração como um todo. Mas aqui ainda funciona lá na prefeitura, com o contador, por falta de gente (PA/DCO, 10/10/2007).

Conforme um SMS do Paraná, o controle das ações e serviços é mais intenso para algumas ações, entre elas a vigilância sanitária e epidemiológica. Deste modo, todas as ações desenvolvidas no município estão sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, que recebe os recursos e controla os gastos. Portanto,

[...] em cima da planificação de cada departamento quem tem o dinheiro que fica bem carimbado e assim tem um controle mais rígido é o pessoal da Vigilância, do DST/ AIDS, da saúde mental e do PSF, apesar de que esse ano o Governo Federal não repassou nada até o presente momento para o PROEF e para X (referindo-se ao seu município) e nenhuma cidade com mais de 100 mil habitantes, então isso também prejudicou o andamento das ações, mas as ações já vêm carimbadas, entendeu? (G/FI, 01/11/2007).

Quanto a esse aspecto, os municípios vêm seguindo as normativas regulamentadas pelo SUS. Os municípios recebem recursos correspondentes às contrapartidas federal e estadual, mas nota-se que grande parte dos recursos é proveniente da esfera municipal. Portanto, os recursos do orçamento municipal são destinados em parte às prioridades do

município, juntamente com a contrapartida da União e dos Estados, sendo que estes últimos já têm destinação específica. Para o SMS do Paraná:

Então, exemplo o PAB deve ser usado em ações de atenção básica, todas as ações de atenção básica o recurso que vem do Ministério mais o recurso municipal acoplado, é usado em atenção básica. O que vem de média e alta complexidade nesse bloco de financiamento nós usamos mais o dinheiro do município, para pagar todas aquelas ações que a gente citou na área especializada e na área hospitalar, daí... Urgência e emergência, Centro de Especialidades, Centro Municipal de Reabilitação Auditiva, [...] o Centro de Atenção à Gestante e à Criança brasileira que mora no Paraguai e no campo do hospital em especial do hospital municipal, nós temos...(G/FI, 01/11/2007).

Verifica-se que, em determinadas circunstâncias, a população estrangeira pode ter acesso à saúde em alguns municípios brasileiros, são os casos de urgência e emergência, sendo que os custos financeiros são assumidos pelos municípios. Os SMS's disseram que, nestes casos, o usuário pode até ser referenciado a outros níveis de complexidade do sistema de saúde, desde que o município faça o pagamento. Diante disso, um SMS relatou os procedimentos realizados em seu município quando há essa necessidade de referenciar pacientes estrangeiros: "É...[...] outros serviços às vezes acontecem. Um desdobramento de emergência você fazer um outro seguimento para não deixar esse paciente sem assistência, mas são casos assim, muito específicos, autorizados pela Secretaria" (G/FIO, 21/11/2005). O secretário menciona um dos casos atendidos:

Teve outro lá... um dia aconteceu em Y [...] (referindo-se a um local de seu município). Esse estrangeiro, não sei de que nacionalidade era, caiu e caiu feio. Foi para a urgência, no outro dia, depois de avaliar, o paciente que estava aqui, com a família, estava visitando a cidade, não tinha condições financeiras de fazer, ele passou uma semana aqui com todo o acompanhamento especial. Além de... tirou ele da emergência, habilitou o paciente, acompanhou e depois ainda foi feito, para evitar que houvesse uma nova complicação. Ora, pode ser considerado como uma emergência, mas, na verdade, não é. Tirou da emergência e mesmo assim acompanhou. Então o caso é... assim, autorizado pela Secretaria (G/FIO, 21/11/2005).

Constata-se, nestes casos, que os municípios arcam com o custo total das despesas do usuário. Essa despesa não pode ser computada no SIA / SUS, visto que o usuário estrangeiro não dispõe do Cartão SUS. Conseqüentemente, o município não poderá receber recursos financeiros pelo procedimento. Com isso, grande parte dos municípios passa a utilizar os TFD's, recurso vindo da SES, e recursos próprios para custear os serviços.

Diante disso, alguns SMS's informaram que grande parte dos encaminhamentos é realizada por meio dos tratamentos fora de domicílio (TFD's), pagos com recursos da esfera estadual. No caso de internações, os pacientes são referenciados a municípios próximos, sempre obedecendo as pactuações e referências sugeridas pelo SUS. Isso ocorre principalmente nos encaminhamentos para a média e alta complexidade, e essas estratégias são utilizadas para dar conta das necessidades de cada município. Como exemplo, cita-se uma cidade - gêmea de Santa Catarina que realiza pactuações para suprir suas necessidades, pois município-sede do módulo assistencial não atende as demandas da região:

Então X (referindo-se a um município brasileiro), que nos ajuda também agora, principalmente, na área de cardiologia. Inclusive intervenções na área de cardiologia cirúrgica, intervencionista, hemodinâmica, X agora esta melhor equipada. Mas Y (referindo-se a outro município brasileiro), por exemplo, não tem nenhuma UTI. Que seria nossa primeira referência. Y, que tem grande quantidade de médicos e bons especialistas, mas que não atendem pelo SUS (PA/DCO, 10/10/2007).

Um aspecto citado pela maioria dos SMS's concerne ao processo de descentralização da saúde, que trouxe implicações para o financiamento. Segundo os SMS's, o que ocorreu foi uma descentralização das responsabilidades, não acompanhada pelo repasse efetivo dos recursos. Portanto, essa questão vem incidindo diretamente na qualidade da atenção à saúde dos municípios.

Sobre isso, um SMS reivindica “[...] tem que ter uma descentralização das receitas, porque os impostos são arrecadados... E acaba concentrando no Governo Federal, Estadual e vem a menor parte para o município...”. E completa, “[...] quem banca as ações de educação e de tudo, a maior parte é o município, então, acho que tem que ter uma rediscussão e uma descentralização das receitas também...” (G/FI, 01/11/2007).

Um secretário do Rio Grande do Sul afirma:

Os procedimentos pagos pelo SUS são muito baixos. Então, não tem havido um reajuste de tabela, daí isso dificulta muito as prefeituras, porque no final houve uma descentralização na Lei Orgânica da Saúde, da Lei 8.080 ela diz, não sei, que a descentralização em todas as decisões tem que ser dentro do município, junto com o Conselho Municipal de Saúde – CMS, que devemos decidir as formas de como usar esses recursos que vem, que temos naqueles agravos maior de saúde do município. Mas o que a gente observa é que isso ainda é muito precário e nós que somos ponta sofremos muito com isso [...] (PB/JA, 01/02/2005).

Um SMS do Paraná sinalizou que, anteriormente à criação do SIS – Fronteiras, não se mencionava esse tipo de atendimento a estrangeiros no município. A fala a seguir reporta a essa questão velada perante o SUS:

Porque até então nós tínhamos um certo receio de atender os estrangeiros, porque não sabíamos como explicar para o SUS. Antes de se falar em SIS-Fronteira, a gente fazia mas ‘que ninguém fale nada, porque daqui a pouco vem um Tribunal em cima da gente’. Então, só agora, depois do evento do SIS, vai dar para falar que nós estamos atendendo (P/BC, 11/11/2005).

Na maioria dos municípios, o atendimento à população estrangeira vem causando transtornos no atendimento da população brasileira, que teria prioridade no atendimento. Como informa um SMS do Paraná: “[...] se não se pensar em SIS - Fronteira - eu vou ter uma cobrança da autoridade municipal, o Prefeito, ‘puxa, você não consegue atender direito os nossos que estão toda hora incomodando e vai me abrir mais um gasto com pessoas de fora?’ Foi o que todos disseram desde o início” (P/BC, 11/11/2005). Com isso, foram relatadas pressões por parte de representantes municipais para dificultar esse atendimento. Um SMS assinala que deu a seguinte ordem aos profissionais que atuam nos serviços de saúde do município,

[...] não importa a opinião do Prefeito, se nos deram autonomia, nós vamos fazer, mas vamos fazer também por onde ele não fique sabendo. [...] Eu falei para os profissionais o seguinte: somos todos seres humanos, quem precisar, você atende, claro que se a coisa ficar abusada, ‘não, agora eu quero remédio para emagrecer’. Bom, aí você despacha (P/BC, 11/11/2005).

Percebe-se a existência de disputa política entre secretário e prefeito. Nota-se que, em determinadas situações, mesmo conhecendo as leis que regulamentam a política de saúde, alguns secretários compreendem que a sua “opinião” deve prevalecer frente a este tipo de atendimento. Com isso, constata-se que as ações andam em sentido contrário ao que prevê, por exemplo, o SIS - fronteira, e na maioria dos casos é o SMS que tem voz ativa e determina se vai atender, o que e quando vai atender.

A maioria dos SMS’s falou sobre a falta de ações preventivas realizadas em conjunto com as cidades estrangeiras, e igualmente recursos para tanto. As ações preventivas seriam necessárias, pois auxiliariam no combate a várias doenças, como menciona um SMS:

Acho que se fosse feito [...] algumas ações em conjunto para aproveitar o potencial que temos aqui e educar essas pessoas numa vida saudável, seria o ideal. Pois não existem Programas Preventivos eficientes para moradores de fronteira. Quer dizer, por exemplo, nem todos que recebem o atendimento do PSF aqui recebem do outro lado. O sistema é outro (P/BC, 11/11/2005).

Perante tal situação, um SMS do Rio Grande do Sul ressalta: “Então, essa universalidade eu acho muito importante, só que eu acho que ainda o governo, ainda tem que investir mais, para que nós possamos dar a esse usuário que busca os nossos serviços um serviço de qualidade, principalmente na Atenção Básica de Saúde” (PB/JA, 01/02/2005).

Portanto, é possível verificar que os municípios de regiões fronteiriças enfrentam constantemente desafios relacionados ao financiamento. Diante disso, a proposta do SIS – fronteiras poderá se constituir como um fator que minimizará as exigências e demandas destas regiões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando as análises realizadas e recordando que o objetivo geral do trabalho foi identificar em que medida os novos padrões institucionais (normas, regras e pactos) relativos ao princípio da descentralização, contido na Política Nacional de Saúde, vêm sendo incorporados na esfera municipal da região de fronteira com países do Mercosul, alguns itens merecem destaque.

Inicialmente, convém destacar que as regiões de fronteira têm se caracterizado como um vasto campo de estudos para diversas áreas do conhecimento. Os estudos envolvendo essas localidades têm buscado cada vez mais elementos para a construção de garantias sociais efetivas à população que ali reside. Portanto, ao estudá-las, há que se ter em mente as especificidades que as compõem e as relações estabelecidas entre os indivíduos que delas fazem parte.

Em relação às regiões de fronteira do Mercosul, foram percebidos grandes avanços prioritariamente nas relações comerciais entre os países, mas o mesmo não é verificado em relação às políticas sociais. Recentemente, se notou uma inquietação maior com questões referentes à saúde, devido à incidência de doenças que passaram a preocupar as relações entre os países.

Foi possível observar, tanto em âmbito regional quanto nacional, a criação de diversos acordos no intuito de atender as demandas mais frequentes destas regiões. Entre as iniciativas que mais se destacaram, estão os Grupos de Trabalho (GT), criados nos três Estados da região Sul, que realizam discussões e propõem soluções para várias áreas, entre elas a saúde. Outra iniciativa criada recentemente é o SIS - Fronteiras, que prevê a implantação de um sistema integrado de saúde entre os países membros do Mercosul. Como o SIS - Fronteiras ainda está em fase de implementação, nenhuma ação efetiva foi desenvolvida até o momento.

No que tange ao primeiro objetivo específico, ou seja, o de resgatar as regras, normas e pactos da política de saúde que operacionalizam o SUS, pode-se afirmar que a construção da Política Nacional de Saúde e seus novos padrões institucionais ocorreu de maneira gradual, propiciando mudanças importantes com a descentralização, principalmente na esfera municipal. Esse fato possibilitou aos municípios uma maior participação nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações e serviços desenvolvidos. Diante disso, o estudo em questão teve o intuito de identificar como esses novos padrões institucionais, mais

especificamente do princípio da descentralização, foram incorporados pelos municípios localizados em regiões de fronteira.

No segundo objetivo, que seria o de verificar o conhecimento por parte dos SMS e profissionais quanto a estas normatizações, pode-se inferir que não há um conhecimento detalhado das normas mais gerais referentes ao Estatuto do Estrangeiro. Da mesma forma, há um desconhecimento quanto aos decretos e normativas mais recentes, como os acordos vicinais, que abordam temas voltados aos municípios localizados nas fronteiras com Argentina e Uruguai.

Constata-se, também, que os SMS demonstram estar cientes das normativas internas, relacionadas à gestão do sistema de saúde. Mas é possível observar que existe um distanciamento entre o que está definido nestas normativas e o que vem sendo realizado nos municípios localizados na linha da fronteira. Essa situação vem favorecendo decisões particulares dos secretários e profissionais na garantia de acesso à saúde dos não brasileiros.

Atendendo ao terceiro objetivo proposto, identificar em que medida estas normatizações, regras e pactos vêm sendo cumpridos em âmbito municipal, tendo a centralidade do trabalho, as conclusões serão mais detalhadas. Confirmou-se, assim, que entre a proposição da lei e a sua realização existem diversos aspectos políticos, culturais e econômicos considerados determinantes para que um pacto ou diretriz seja incorporado de uma ou outra forma, como indicam as considerações abaixo relacionadas.

Quanto à organização do sistema, percebeu-se, inicialmente, que algumas das orientações contidas na NOB 1996 e na NOAS 2002 não vêm sendo seguidas, principalmente em relação à hierarquização do sistema. Os Estados e municípios iniciaram o processo de organização do sistema de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, com a divisão em Microrregionais e Regionais de saúde. A maioria dos municípios dos três Estados informou dificuldades na articulação entre esses níveis de hierarquização. Tal referência sinaliza dificuldades no processo de implantação da regionalização, que, no caso das microrregionais e regionais resultam no não atendimento das demandas oriundas dos municípios e na incapacidade de atender as especificidades para as quais foram criadas. Ou seja, há uma série de demandas que essa organização do sistema não vem suprindo em relação às necessidades dos municípios de regiões de fronteira.

Observa-se um avanço importante em relação às ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental). Foi possível verificar a existência de ações integradas com os países vizinhos, que passaram a se preocupar com a repercussão de algumas doenças, como é o caso da Dengue, da Raiva, da Malária, etc.. Enfatiza-se que a maioria destas

iniciativas de cooperação vem ocorrendo apenas em âmbito municipal, sem qualquer acompanhamento ou apoio do Ministério da Saúde brasileiro.

Percebem-se também dificuldades quanto à continuidade das ações desenvolvidas na região. Isso pode ser explicado pela falta de apoio e suporte, tanto por parte do Ministério da Saúde quanto das Secretarias Estaduais de Saúde, como é o caso de dois programas implementados por um município do Paraná, o programa “Saúde na Estrada” e o programa de “Educação Continuada”.

Diante destas exigências, verificam-se distinções entre os municípios no sentido de atender as solicitações dos usuários, brasileiros ou estrangeiros, remetendo a níveis de incorporação de institucionalidade bastante distintos entre si. Em alguns aspectos, tais níveis de institucionalidade municipais têm relação e proximidade entre os mesmos, mas, na maioria dos casos, cada município elabora individualmente as estratégias que considera mais adequadas para sua situação particular. Esta situação reflete a inexistência de ações conjuntas entre os municípios para atender as demandas oriundas da fronteira.

Entre os aspectos que mais preocupam os SMS's, destaca-se a inexistência de troca de informações entre os países, impossibilitando ações mais eficazes no controle das doenças e na atenção à saúde na linha da fronteira. Assim, alguns municípios passaram a criar estratégias próprias para suprir essa necessidade. Entre as iniciativas que têm surtido efeito na região, foram citadas as campanhas de prevenção e a criação de um Calendário Comum de Vacinação. Tais ações preventivas, tanto de vigilância sanitária quanto epidemiológica, vêm sendo realizadas apenas em cidades - gêmeas de médio e grande porte dos três Estados brasileiros. Isso se deve ao trânsito intenso de pessoas que se deslocam de uma localidade a outra na região.

Essa situação, aliada à falta de acompanhamento do paciente ao retornar ao país de origem e à falta de ações preventivas nos países vizinhos, tem preocupado constantemente os SMS's. Diante disso, foi possível constatar que, na maioria dos casos, os pacientes retornam às unidades de saúde brasileiras com os quadros agravados, devido à inexistência de continuidade no tratamento no país de origem.

Nota-se com frequência a inexistência de mecanismos uniformes de identificação da demanda estrangeira. Entre os critérios para o acesso aos serviços mais mencionados pelos SMS's, está a exigência de documento de identificação nacional, que, na maioria dos casos, essa exigência é seguida com rigor. Frente à questão, observa-se a presença isolada de iniciativas como a criação de um cartão municipal com a finalidade de organizar e identificar

a demanda nos atendimentos. Ou, contrariamente, incluir todos os usuários como brasileiros no momento do atendimento.

Perante a falta de posicionamento das demais esferas governamentais, os municípios passam a elaborar estratégias para atender as exigências procedentes da fronteira, de forma isolada e individual na maior parte das vezes. Além disso, a maioria dos SMS's relatou não possuir mecanismos de registro do atendimento a estrangeiros, o que dificulta sua contabilização perante o sistema SIA/ SUS, já que o mesmo não possui campos para a inserção deste tipo de atendimento.

Foi possível constatar que o atendimento à população estrangeira não ocorre de maneira uniforme. Portanto, o atendimento ou não aos usuários estrangeiros ocorre a partir da compreensão do direito à saúde dos profissionais no momento da procura, sendo esse profissional o agente comunitário de saúde, os enfermeiros e médicos. Soma-se a isso a resistência dos profissionais quanto ao atendimento a estrangeiros. Essa situação tem revelado a falta de clareza dos profissionais em relação à legislação do SUS e o desconhecimento sobre a legislação referente a regiões de fronteira.

Por conseguinte, há uma diversidade de entendimento e de encaminhamento por parte dos secretários municipais de saúde frente à demanda estrangeira. Situação essa que pode ser explicada pela inexistência de protocolos e orientações precisos sobre o atendimento a tal população. Com isso, verifica-se que essas situações passam a ser incorporadas caso a caso, o que impossibilita a criação de rotinas administrativas e de iniciativas de articulação entre os países, que venham atender as demandas destas regiões.

Percebeu-se também, na fala de alguns SMS's, a constante referência ao modelo hospitalocêntrico. Isso reflete a falta de clareza quanto à centralidade na atenção básica da Política Nacional de Saúde, das funções relacionadas ao tipo de gestão que o município está habilitado e das responsabilidades desempenhadas pela média e alta complexidade no SUS, isso foi observado em municípios dos três Estados pesquisados.

Em relação à gestão dos serviços, constatou-se que as regulamentações contidas na NOAS 2002, especificamente sobre os requisitos para habilitação dos municípios, não vem sendo seguidas plenamente. Assim, verificou-se que o Ministério da Saúde tem habilitado os municípios sem que estes tenham condições de atender as especificações contidas na lei, causando transtornos ainda maiores aos municípios com o incremento da demanda estrangeira.

Há, ainda, a falta de clareza no tocante às responsabilidades municipais frente à organização do sistema local de saúde, assumindo os gestores a posição de “meros

executores” das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelas Secretarias Municipais de Saúde. Ao que parece, eles não incorporaram uma função programática como prevê a legislação do SUS. Além disso, parece que a esfera municipal espera que uma “entidade suprema venha resolver os problemas”, quando, na verdade, é ela co-responsável pela organização, mas não vem atuando como tal. Verifica-se que, mesmo diante das orientações da política, precisas em relação às responsabilidades, as mesmas não estão sendo seguidas pela esfera municipal.

Foi possível perceber que a maioria dos municípios brasileiros localizados na região de fronteira presta algum tipo de serviço a estrangeiros. Diante disso, tem se notado alguns transtornos aos municípios devido à falta de AIH's, de controle epidemiológico, além de gastos com a contratação de profissionais, exames, medicamentos e transporte de pacientes. Observa-se, também, a inexistência de organização do atendimento aos usuários estrangeiros e a falta de mecanismos de controle eficazes frente a demanda. Ademais, a inexistência de critérios efetivos para esse atendimento tem se refletido na diversidade de interpretações a respeito do direito ao acesso, junto aos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Na atenção básica, os estrangeiros encontram maior facilidade para acessar consultas médicas, medicamentos e imunizações. Isso se deve à inexistência de critérios mais rigorosos no atendimento, favorecendo a ocorrência de fraudes de documentos. A mesma situação não é vista quando há encaminhamento para a média e alta complexidade, em razão da rigorosa exigência de documentação (como, por exemplo, o Cartão SUS). Somente os casos em que o usuário acessou o sistema através da emergência é que há possibilidade de referência para outros níveis de hierarquização do SUS.

Ressalta-se, ainda, que essa possibilidade de referência ou não tem como fator determinante a compreensão dos profissionais e secretários de saúde no momento do atendimento. Frente ao exposto, grande parte dos encaminhamentos a outros níveis de complexidade são feitos por meio dos tratamentos fora de domicílio (TFD's), pagos pelos municípios com recursos repassados pela esfera estadual, que, em alguns casos, usa-os para encaminhar também os não nacionais. Mas constatou-se não existir nenhuma garantia de continuidade do tratamento a estrangeiros que acessam o SUS nos municípios da região.

A inexistência de protocolos e orientações no atendimento da população estrangeira na atenção básica tem favorecido o tratamento igualitário e sem qualquer impedimento na maioria dos casos, causando transtornos aos usuários brasileiros. Isso vem se refletindo de maneira significativa em filas e listas de espera em alguns municípios, o que tem ocasionado sérias discussões entre usuários brasileiros e estrangeiros que disputam as vagas nos

atendimentos. Igualmente, esse fator está dificultando o planejamento das ações e serviços de saúde, pois estes não dão conta de atender as metas propostas, porque a demanda é sempre maior que a oferta.

Frente a isso, verifica-se, tanto por parte do Ministério da Saúde quanto das Secretarias Estaduais de Saúde, a inexistência de qualquer iniciativa que procure auxiliar os municípios perante às novas demandas. Assim, os municípios passam a elaborar iniciativas próprias visando atender essas exigências atuais decorrentes das especificidades regionais. Na tentativa de suprir algumas destas exigências, os SMS's acreditam que as propostas do SIS – Fronteiras irão atender essas novas demandas e estimularão a integração de ações entre os países.

Foi possível notar entre os SMS's as constantes referências à “troca de favores” e “laços de fronteira”, na tentativa de justificar o atendimento a estrangeiros. Desse modo, se observa uma situação contraditória, já que o critério principal para o acesso aos serviços de saúde é o cartão SUS. Mas devido a essa relação de laços de fronteira, abrem-se precedentes para que estrangeiros acessem os serviços sem qualquer restrição, sem a apresentação do cartão ou quaisquer documentos. Tal fato também sinaliza a existência de relações informais que conduzem a comportamentos que podem ser discricionários pelos atores envolvidos na política de saúde. Constata-se, assim, a presença de mecanismos informais que atuam simultaneamente à legislação já existente, e que na maioria das vezes chegam a ser considerados mais importantes que as regulamentações já estabelecidas. Além disso, percebe-se com frequência as diferenças ou disputas políticas entre profissionais, secretários e prefeitos nas regiões de fronteira, dificultando o planejamento das ações e serviços de saúde de maneira efetiva.

Quanto ao financiamento do SUS, a localização dos municípios favorece a procura por serviços no lado brasileiro e, conseqüentemente, faz aumentar os gastos no campo da saúde. Isso se deve à freqüente utilização de internações, medicamentos, exames, transporte, entre outros procedimentos para atender a população estrangeira, recursos pagos pela esfera municipal. Essa situação se agrava ainda mais quando se considera que um dos critérios de repasse financeiro do SUS é o contingente populacional de cada município. Assim, a população estrangeira e os brasileiros que residem no país vizinho, usuários do sistema de saúde brasileiro, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses do Ministério da Saúde.

De acordo com a NOAS 2002, algumas áreas têm destinação orçamentária definida, como, por exemplo, a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ofertados nos

municípios. Fato esse que, segundo os SMS's, não vem sendo cumprido, principalmente em relação à contrapartida das esferas estadual e federal para os municípios. Com isso, a oferta e a qualidade dos serviços prestados nos municípios vêm sendo fortemente prejudicada, ferindo os preceitos legais já estabelecidos. Além disso, a maioria dos SMS's mencionou a falta de revisão e atualização dos valores contidos na tabela de procedimentos pagos pelo SUS, que, conforme eles, é defasada.

Um fator de extrema importância para o repasse dos recursos está relacionado à alimentação do sistema SIA / SUS. Portanto, aos municípios exige-se que enviem mensalmente os indicadores de saúde, caso contrário, esses recursos deixam de ser repassados. Diante de tal exigência, tem-se a principal dificuldade dos municípios localizados em regiões de fronteira, “como inserir os estrangeiros, sem documentação, no banco de dados?”. Essa dificuldade se processa porque essa população estrangeira, não naturalizada, não pode ser contabilizada nos dados demográficos municipais, um dos critérios utilizado pelo MS para efetuar o repasse de recursos. Dessa forma, os municípios passam a arcar com o total das despesas provenientes destes atendimentos.

Os municípios localizados em regiões de fronteira vêm buscando, junto às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde, alternativas para atender a estas especificidades regionais. Entre as iniciativas já firmadas, cita-se a criação do SIS - Fronteiras e o Pacto pela Saúde, que procuram contemplar as regiões fronteiriças com instâncias de discussão e com aportes financeiros para atender as demandas específicas destas regiões.

Identifica-se uma preocupação freqüente dos SMS's em estabelecer mecanismos de cooperação financeira entre os países para atender essa demanda, pois a maioria das ações até então realizadas ocorreram apenas no lado brasileiro da fronteira. Atualmente, verifica-se a inexistência de qualquer ação direcionada à cooperação financeira entre os países. Situação diferente ocorre em relação à cooperação financeira para a realização de congressos e eventos, sendo observada uma maior integração e contrapartida entre os países, nas discussões voltadas a questões de fronteira e também na área da saúde.

Para a maioria dos SMS's, o processo de descentralização trouxe diversas implicações negativas para o financiamento da saúde, devido ao não repasse de recursos de maneira suficiente. Dessa maneira, o que ocorreu foi uma descentralização das responsabilidades, não acompanhada pelo repasse efetivo dos recursos, o que tem incidido diretamente na qualidade e quantidade da atenção à saúde dos municípios localizados em regiões de fronteira.

Constata-se, assim, que o pressuposto orientador do trabalho, ou seja, a diversidade de atenção à saúde na linha da fronteira Mercosul, tem como um dos fatores determinantes o

reduzido nível de institucionalidade dos sistemas municipais de saúde, especialmente nas cidades - gêmeas, onde os processos de exclusão social em saúde aos usuários não brasileiros são acentuados.

Conclui-se, ainda, que, mesmo diante das iniciativas de cooperação e integração, a área social não foi contemplada de forma efetiva na construção do Mercosul. Os primeiros passos estão sendo dados, embora ainda não sejam suficientes para dar conta das expressões de uma região tão particular como a fronteira. Diante de tais constatações, a leitura que se faz é que as discussões sobre os direitos sociais e o direito à saúde, na região de fronteira, ainda são incipientes. Portanto, é possível observar que as garantias legais (sejam leis, acordos, pactos, normas, etc.) já existentes, quanto à saúde, ainda não são capazes de dar conta das demandas nas regiões fronteiriças.

REFERÊNCIAS

- AGUSTINI, Josiane. Saúde e Direitos na Região de Fronteira – Acessibilidade e Normatizações. **Trabalho de conclusão de Curso UFSC/ CSE/ DSS.**(100 p.) Florianópolis, 2004.
- ALMEIDA, E. S; WESTPHAL, M. F. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E.S. (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde, descentralização/Municipalização do SUS.** São Paulo: Ed. UDESP, 2001.
- ALMOND, Gabriel A. *Comparative politics Today - a World View.* Boston: 1974.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface -Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 9, n. 16. set./fev. 2005.
- ANDREWS, Christina W. Implicações teóricas do novo institucionalismo: uma abordagem Habermasiana. **Revista Dados,** Rio de Janeiro, v.48, n.2, abr./jun. 2005.
- ARRETCHE, Marta T. S.. **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um estado federativo.** São Paulo: UNESP, 1996.
- _____, Marta T. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 29-40.
- BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B. (orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo: IEE/ PUC-SP, 2001, p. 43 - 55.
- BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de teoria do Estado e ciência política.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- BRASIL. **Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.** Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1980.
- _____. **Lei n. 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: Senado Federal, 1990A.
- _____. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990B.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**, de 06 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 32/2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2001A.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001B.

_____. Lei Nº 10.466. **Dispõe sobre o Programa Grande Fronteira do Mercosul**. 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2002/L10466.htm>>. Acesso em: 14 de dez., 2004.

_____. **Declaração Conjunta dos Senhores Presidentes da República Federativa do Brasil e da República Argentina de 16 de outubro de 2003**. *Buenos Aires*: 2003A.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Mercosul no governo do Presidente Lula**. Disponível em: <www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/Mercosul/Mercosul>. Acesso em: 10 de dez., 2003B.

_____. Ministério Público do Trabalho. **Declaração Sócio-Laboral do Mercosul**. 1998. Disponível em: <www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/dec_Mercosul.pdf>. Acesso em: 24 de mar., 2003C.

_____. **Sistema de Informação em Saúde do Mercosul**. Disponível em <www.mercosulsaude.org>. Acesso em dez./ 2003D.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Assuntos Internacionais**: Acordo de Previdência Social. Disponível em: <www.mpas.gov.br/10_01_01.asp>. Acesso em: 3 de fev., 2004A.

_____. Ministério Público do Trabalho. **Declaração Sócio-Laboral do Mercosul**. 1998. Disponível em: <http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/seguranca/dec_Mercosul.pdf>. Acesso em: 24 de mar., 2004B.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Secretarias de Programas Regionais: Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável da Mesorregião da Grande Fronteira do Mercosul.** Disponível em: <www.min.gov.br>. Acesso em: 15 de abr., 2004C.

_____. MIN. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira.** Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional - Secretaria de Programas Regionais, 2005.

_____. **Portaria Nº 1580/GM.** Institui o Grupo Assessor do lado brasileiro para fortalecer as ações e a implementação dos comitês de fronteira na área de saúde, e dá outras providências. 2004D. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1580.htm>>. Acesso em: 22 de abr., 2006.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programas e ações.** Disponível em: <www.min.gov.br>. Acesso em: 14 de abr., 2004E.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** Brasília: Ministério da Integração Nacional. 2005

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** 1ª ed. Brasília: CONASS, 2006A. 164 p.

_____. CONASS. **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS.** Relatório de Acompanhamento do Projeto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006B.

_____. Mercosul. **A saúde no Mercosul.** Ministério da Saúde. 4. ed. ver. e ampl. Brasília: 2006C. Série Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Pactos de Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde. Brasília: 2006D. 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. **Acordo sobre localidades fronteiriças vinculadas.** Disponível em : <http://www2.mre.gov.br/dai/b_argt_402_5639.htm> . Acesso em: jul. de 2006E.

_____. Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde.** Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 25 de jan. de 2007A.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1120.** Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras. 2005. Disponível em: < www.saude.gov.br > . Acesso em: 28 de junho de 2007.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *La construcción de la realidad*. Local: Amorrortu, 1976, p. 66-121.

BIROU, Alain. **Dicionário das Ciências Sociais**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982, p. 209-210.

BOUDON, Raymond; BOURRICAUD, François. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Atica, 1993, p. 300- 307.

CAMPOS, Carlos Eduardo A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, Antônio I. de. **Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado**. In: FLEURY, Sônia (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93- 111.

_____, Antonio I. de. Os Conselhos de Saúde, participação social e reforma do Estado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 23-25, 1998,.

_____, Gilson. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: v. 6, n. 2, 2001, p. 435-444.

CASTRO, M.H.G. Avaliação de Políticas e Programas Sociais. **Cadernos de Pesquisa** n. 12. Campinas: NEPP/ UNICAMP, 1989, p.01-05.

CHAUI, Marilena. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 15- 25

COELHO, Vera Schattan P. Interesses e Instituições na Política de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.13, n.37, jun. 1998.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Orgs.). **Política de Saúde e Inovação Institucional – uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

DRAIBE, Sônia M. **Mercosur: la temática social de la integración desde la perspectiva institucional**. *Centro de Información para la Integración Regional del Uruguay*, 1997-8. Disponível em: <<http://www.top.org.ar/publicac.htm>>. Acesso em: Set. de 2003.

_____, Sônia M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M.C.R.N. e CARVALHO.M.C.B.(orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, IEE/PUC-SP, 2001, p.13-42.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Tradução de Maria Isaura P. Queiroz. São Paulo: Editora nacional, 1974.

_____, Émile. **Educação e Sociologia**. 4ª ed. Tradução de Lourenço Filho. São Paulo: Melhoramentos, 1955.

_____, Émile. **De la división Del trabajo social**. Tradução de David Maldavsky. Buenos Aires: Schapire, 19567.

FARIA, Regina M. **Avaliação de programas sociais: evolução e tendências**. In: RICO, Elizabeth Melo (org.). Avaliação de Política Sociais: Uma Questão em Debate. São Paulo: Cortez: IEE, 1998, p. 41 – 49.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. A política de avaliação das políticas pública. **Revista Brasileira de Ciências Sociais, local**, v.20, nº 59, 2005.

FIGUERAS, J.; MUSGROVE, P.; CARRIN, G. ; DURAN, A. *Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea?* **Revista Gaceta Sanitária**. Local: vol.16, 2002 p. 5-17.

FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLORENZANO, Everton. **Dicionário Escolar inglês – português, português – inglês**. 51ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

FONSECA, Sergio A. **Integração de municípios em políticas sociais de desenvolvimento pode garantir crescimento nacional**. Disponível em:
<http://proex.reitoria.unesp.br/edicao38ago2003/materias/artigo_serjio_azevedo_fonseca.htm>. Acesso em: 19 de abr., 2004.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, local, n. 21, p. 211-259, jun de 2000.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. A política nacional de Integração e o desenvolvimento das fronteiras: o programa de desenvolvimento da faixa de fronteira- PDF. In: OLIVEIRA, T.C.M. (Org.). **Território sem limites. Estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Editora UFMS, 2005, p. 25-46.

GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial: Um balanço da década de 1990. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, p. 417-434, 2001.

GIOVANELLA, Lígia. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção**. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, 2000, Mimeo.

GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2, 251-266, 2007.

GIOVANELLA, Lígia; GUIMARÃES, Luisa et al. **Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do mercosul**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Relatório Final, v. I, março de 2007.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Avaliação de Políticas Sociais e Cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. *In*: SILVA E SILVA, Maria Ozanira (org). **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001, p.37-93 (Série Núcleo de pesquisas).

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Municípios brasileiros fronteiriços e mercosul: características e iniciativas de cooperação em saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 248-257, set/dez. 2005.

GUIMARÃES, Luiza. **SGT-11 Saúde Mercosul cenário de saúde na fronteira**: iniciativas existentes e propostas. Painel I. Situação de saúde e iniciativas nas fronteiras: o problema através do olhar brasileiro. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

GUIRADO, Marlene. **Psicologia Institucional**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, Temas básicos de psicologia, v. 15, 1987.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo - institucionalismo. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.58, p. 193-223, 2003.

JAEGER JUNIOR, A. **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas nacionais, regionais, globais**. Ijuí: UNIJUÍ, 2002. p. 349-375.

KOENIG, Samuel. **Elementos de Sociologia**. 7ª Edição. Tradução: Vera Borda. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1985.

LAPASSADE, Georges. **Grupos, Organizações e Instituições**. 2 ed. Tradução de Henrique A. de Araújo Mesquita. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

LAPASSADE, Georges; LOURAU, René. **Chaves da Sociologia**. Tradução: Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral**. 4ª ed revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 1982.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D. de; MACHADO, Cristiani V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001.

LINTON, Ralph. **Cultura e personalidade**. São Paulo: Mestre Jou, 1967.

LUZ, Madel T. **As instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MARX, Karl; ENGELS, Frederich. A Ideologia Alemã. Tradução: Conceição Jardim e Eduardo Nogueira. Lisboa: Presença/ Martins Fontes, v. 2, 1976.

_____, Karl. **Introdução à Contribuição para a Crítica da Economia Política. Produção, Consumo, Distribuição, Troca (Circulação)**. 1859.

MATTEDI, Cécile Raud. A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.20, n.57, 2005.

MATTIOLI, Maria Cristina. **Circulação de trabalhadores no Mercosul. Disponível em:** <<http://www.hottopos.com/harvard1/mattioli.htm>>. Acesso em: 10 de nov., 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde . 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 11- 28.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

_____, Maria C. de S. **Introdução e mudança: conceito chave para investigações sociais e para a avaliação de programas**. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 19-70.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002. 343 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e Tendências da Seguridade Social brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.65, p. 95 - 123, 2001.

_____, Vera Maria Ribeiro. Avaliação e monitoramento de Políticas e Programas Sociais: revendo conceitos básicos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p.141-152, Jul/dez 2002.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 2, p. 445-450, 2001.

O'DONNELL, Guilherme. **Hiatos, instituições e perspectivas democráticas**. In: Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas. REIS, Fábio W.; O'DONNELL, Guilherme (Orgs.). São Paulo: Vértice, 1988. p. 72-90.

_____, Guillermo. **Democracia Delegativa?** **Revista Novos Estudos**, São Paulo, CEBRAP, n.31, p. 25-40, 1991.

OPAS (Organização Pan – Americana de Saúde). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. JORGE, Helena P. de M.; GOTLIEB, Sabina L. D. (Orgs). Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa, 2002. 299 p.

_____. Série técnica Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde. **Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: cooperação técnica descentralizada para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde no Brasil**. Brasília: Secretaria de atenção à saúde - Ministério da saúde, n. 5, 2003.

PARSONS, Talcott. **El Sistema Social**. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

PEREIRA, J. C. A. **O trabalho e o equilíbrio social: Mercosul e Sindicalismo**. Porto Alegre: Síntese, 2000.

QUINTANEIRO, Tânia. **Um toque de Clássicos: Marx, Weber e Durkheim**. Ed. UFMG, 2ª ed. Ver. e ampl. 2003.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ROCHER, Guy. **Sociologia Geral 4**. Tradução: Ana Ravara. Lisboa: Editora Presença, 1971.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações básicas para gestores do SUS**. Florianópolis: Diretoria de Planejamento e Coordenação de Ações Regionais, 2ª ed., 2002A.

SANTOS, Washington dos. **Vocabulário de Sociologia**. Local: Ed. Rio. Ano, P. 172-173.

SANTOS, Wanderley G. dos. **Razões da Desordem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SEIBEL, Erni J. . Políticas sociais e a questão da debilidade institucional. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n. 5, 2001.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: SILVA E SILVA, Maria Ozanira (org). **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001, p. 37-93.

SILVA, Maria Geusina da. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, Benedicto; NETTO, Antonio Garcia de Miranda. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, 1986, p. 611-614. Fundação Getulio Vargas, Instituto de Documentação.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **Revista São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v.17 n.1, jan./mar. 2003.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M. R. **O direito à saúde e a ampliação política do espaço público**. Florianópolis: Plural, v. 8, p. 70 - 74, 1996.

SIQUEIRA. C. P. **Saúde na fronteira: um estudo sobre a integração de ações e serviços entre Brasil e Paraguai**. 2005. 71p. Monografia apresentada a Faculdade União das Américas. Curso de Serviço Social. Foz do Iguaçu, 2005.

SOUZA, Maria Luiza de. **Serviço Social e instituição: a questão da participação**. São Paulo: Cortez, 1982. p. 39 – 58.

SOUZA, Rosângela M. S. Controle social em saúde e cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 74, p. 68-84, julho de 2003.

SOUZA, R. G; MONNERAT, G. L; SENNA, M. de C. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 67-85.

SOUZA, Auta Stephan; CARVALHO, Marcos Roberto de. **A construção de um modelo de gestão para o HU/CAS/UFJF com base na integralidade e democracia.** *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs). Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2006. 150 p.

THÉRET, Bruno. As instituições entre as estruturas e as ações. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 225-254, 2003.

UNICAMP. **Metodologia de Análise de Políticas Públicas.** Campinas: GAPI – UNICAMP, 2002.

VIANA, A.. Modelos de intervenção do Estado na área da saúde. **Série Estudos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 118, 1995.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade:** fundamentos da sociologia compreensiva. São Paulo: UnB, 2004.

ANEXOS

ANEXO A

**Roteiro de entrevista com os SMS do Projeto
FRONTEIRA MERCOSUL: UM ESTUDO SOBRE O DIREITO À SAÚDE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
NÚCLEO DE ESTUDOS ESTADO, SOCIEDADE CIVIL E POLÍTICAS PÚBLICAS**

FRONTEIRA MERCOSUL: UM ESTUDO SOBRE O DIREITO À SAÚDE

Roteiro utilizado na entrevista com gestores, assistentes sociais e representantes dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde

1. Existe procura pelos serviços de saúde do município por estrangeiros?
2. O que impede a acessibilidade do usuário estrangeiro a garantia dos serviços em saúde no SUS? (caso responda não ou se existir pouca procura)
3. Qual o número de estrangeiros atendidos pelo SUS no município?
4. O que os estrangeiros fazem para ter acessos aos serviços de saúde do SUS? (ex.: deixam a doença agravar-se para serem atendidos na emergência do hospital; casam com brasileiros, etc)
5. Como se processa o atendimento a estes estrangeiros no SUS? (em caso de conseguir ter este atendimento, este atendimento é realizado até o fim como um cidadão brasileiro, referenciado e contra-referenciados dentro do Brasil ou é encaminhado p/ seu país de origem)
6. Existe referência e contra-referência interpaíses? (o Brasil encaminha o usuário p/ seu país de origem)
7. Que iniciativa o município vem desenvolvendo para atender a demanda estrangeira?
8. Existe algum contrato municipal interpaíses de prestação de serviços em saúde para o atendimento da população estrangeira? Existe contrapartida financeira por parte do MS do país fronteiriço?
9. No seu município há registro dos serviços acessados pelos estrangeiros? Onde ficam estes registros?
10. Há um controle dos serviços em saúde utilizados pelos estrangeiros?

11. Existe contrapartida do MS com relação ao financiamento dessa demanda estrangeira? Já existe algum recurso destinado legalmente para cobrir este atendimento?
12. Existe algum fórum de discussão entre os municípios fronteiriços, tanto da parte brasileira quanto estrangeira, sobre a demanda estrangeira que procura o SUS?
13. Como você percebe o atendimento da população estrangeira pelo SUS?
14. A partir da realidade do município como você vê o direito a saúde?
15. Que dificuldades se apresentam para o atendimento de estrangeiros?
16. Como poderia ser resolvida a questão da demanda por atenção a saúde dos estrangeiros? Quais suas sugestões?
17. Tem um período em que se agrava a situação?
18. Os brasileiros procuram recursos de saúde no outro lado da fronteira?
19. Opinião geral sobre o direito à saúde para todos.

ANEXO B

Roteiro de Entrevista com os SMS's

**PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE
FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL**

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL

Roteiro de Entrevista Secretário(a) Municipal de Saúde

Cidades brasileiras

No Rio Grande do Sul: Santana do Livramento

Em Santa Catarina: Dionísio Cerqueira

No Paraná: Foz do Iguaçu

Em Mato Grosso do Sul: Ponta Porã

A entrevista antecede a aplicação do questionário

Iniciar preenchendo perfil do SMS e dados da SMS no questionário

- 1 O fato de o seu município estar localizado na linha de fronteira tem implicações para a organização do SUS? Quais?**
- 2 Quais relações e fluxos formais e informais existem entre o sistema de saúde do seu município com o sistema ou com os serviços de saúde do país vizinho/ cidade estrangeira vizinha?**
- 3 Quais as ações de saúde são procuradas pela população do país vizinho nos serviços de saúde do SUS Municipal ?**
- 4 Quais ações/ estratégias o seu Município tem realizado para responder às pressões por atendimento de estrangeiros ? Há acordos com o país vizinho?**
- 5 Se os brasileiros buscam atendimento no outro país perguntar. Quais as ações de saúde a população brasileira busca nos serviços de saúde do país vizinho ?**
- 6 Quais ações/ estratégias o país vizinho tem realizado para responder às pressões por atendimento da parte de brasileiros ?**

- 7 **Quais características do sistema de saúde do país vizinho podem estar influenciando na busca de estrangeiros por serviços de saúde no SUS ?**

- 8 **Quanto à circulação entre fronteiras de profissionais de saúde: Existem profissionais de saúde estrangeiros atuando em seu município ou vice versa? A situação destes profissionais está regularizada?**

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Sócio- Econômico
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

Projeto

Direito à Saúde: A Institucionalidade da Política Nacional de Saúde nos sistemas municipais na região da fronteira Mercosul.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Nome do Município:

Gestor Entrevistado:

Data:

a) Organização do Sistema

- 1) Critérios ou mecanismos de identificação dos estrangeiros que acessam o SUS.
- 2) Formas de incorporação das necessidades de saúde da população local junto à Comissão Bipartite.
- 3) Incorporação das necessidades de saúde do município no processo de elaboração PPI.
- 4) Suficiência na atenção básica.
- 5) Áreas prioritárias nas ações de vigilância em saúde - sanitária, ambiental e epidemiológica - no município.
- 6) Mecanismos de coordenação e controle da organização do sistema local de saúde.

b) Gestão dos Serviços

- 1) Protocolos e orientações nos municípios para o atendimento dos estrangeiros.
- 2) Referência e contra-referência para estrangeiros.

4) Autorização de Procedimentos de Alto Custo (seja para exames, tratamentos, etc.), no caso de usuários estrangeiros.

5) Medicamentos básicos e de alto custo a usuários estrangeiros.

7) Coordenação e controle das ações e dos serviços de saúde do município.

c) Financiamento

1) Priorização das áreas programáticas do município no campo do financiamento.

2) Utilização os recursos do PAB fixo e do PAB Variável.

3) Indicadores de resultados do sistema e como ocorre a alimentação do sistema.

4) Controle das ações relacionadas ao financiamento da saúde no município.

5) Comentários (implicações para a descentralização em cidades de fronteira).

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Sócio Econômico
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “Direito à Saúde: A Institucionalidade da Política Nacional de Saúde nos sistemas municipais na região da fronteira Mercosul”, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar como as inovações institucionais relativas ao princípio da descentralização, nos termos da Política Nacional da Saúde, vem sendo apropriadas e implementadas pelos gestores dos sistemas municipais da região de fronteira com países do Mercosul.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos sobre as novas perspectivas de atenção em regiões de fronteira.

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, setembro de 2007.

Assinatura do entrevistado.