

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O LOCAL E O GLOBAL NA ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS  
BRASIGUAIOS: ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE  
SOCIAL EM FOZ DO IGUAÇU**

**Maria Geusina da Silva**

**Florianópolis - SC**  
**Dezembro/ 2006**

**MARIA GEUSINA DA SILVA**

**O LOCAL E O GLOBAL NA ATENÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS  
BRASIGUAIOS: ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE  
SOCIAL EM FOZ DO IGUAÇU**

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<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira

**Florianópolis - SC  
Dezembro / 2006**

**MARIA GEUSINA DA SILVA**

**O LOCAL E O GLOBAL NA ATENÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS  
BRASIGUAIOS: ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE  
SOCIAL EM FOZ DO IGUAÇU**

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

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira (UFSC)  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Célia Tamaso Mioto (UFSC)  
Membro Examinador I

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jussara Maria Rosa Mendes (PUC/RS)  
Membro Examinador II

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivete Simionatto (UFSC)  
Membro Examinador III

Aos *Brasiguaios* que, pela busca de condições mínimas de sobrevivência, atravessaram a fronteira, certos de um futuro melhor e se deparam com as incertezas de um espaço sócio-temporal desconhecido. Neste cenário vem sendo exemplo de luta, resistência e pressão no asseguramento da titularidade do direito a saúde.

## AGRADECIMENTOS

São tantos a quem tenho que agradecer neste momento que torna-se um risco nominá-los e esquecer de alguém...

A Deus fonte inesgotável de força que encontramos quando não sabemos mais onde procurar ou encontrar.

Agradeço a Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, que sempre me acolheu em seu hotelzinho, muito mais que orientadora é um exemplo a ser seguido, a você quero expressar a profunda admiração e respeito e, dizer que obrigado é muito pouco. Vera você é Super, Hiperdez.

Aos professores da Faculdade União das Américas, Roseane, Elmides, Jacqueline, Caroline, Sueli Farias e Juliana, por compartilhar desse momento comigo criando condições de trabalho que me favoreceram a construção desta dissertação de forma mais tranqüila;

A você Elias que exigiu e pressionou um agradecimento separado, meu muito obrigado pelas contribuições, por segurar os rojões na Facul. A você meu muito obrigado e minha eterna gratidão e, quero dizer, Básico você é básico.

Aos trabalhadores de saúde do Centro de Especialidades Médicas de Foz do Iguaçu, em especial a José Aparecido Fontoura chefe imediato que proporcionou condições excepcionais para que eu pudesse concluir o mestrado. A você Cido obrigado pelo apreço e consideração.

As Assistentes Sociais, da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, guerreiras brilhantes na luta pela extensão do direito a proteção social estatal no âmbito da saúde aos brasileiros que residem além da fronteira, meu obrigado pela adesão maciça a minha proposta de pesquisa e pelo apoio ou não.

A Joanita, assistente social e amiga de todas as horas e para todas as situações, com quem pude contar incondicionalmente neste processo, para dividir as lamentações, as angustias e apoio. Jô muito obrigado você é dez como assistente social e amiga.

A Lurdiane, ah pessoa! Você é, e será aquela amiga para toda e o resto da vida, você é muito especial, obrigado por compartilhar as angústias, as alegrias, as tristezas e a felicidade. Você é hiper pessoa.

Ao Grupo de Trabalho Itaipu Saúde na Fronteira, na pessoa de Joel de Lima, Criviam

e Luisa que permitiram o aprofundamento e socialização de determinadas preocupações com a região de fronteira, meu muito obrigado.

Agradeço aos acadêmicos do Curso de Serviço Social da Faculdade União das Américas, pela compreensão ou não das minhas ausências na Coordenação do Curso.

Ao presidente da Mantenedora da Faculdade União das Américas que proporcionou condições especiais para Coordenar o Curso, considerando a minha participação no programa de Pós-Graduação, Muito Obrigado pela consideração.

A minha eterna e briguenta comadre Creusa e minha adorada afilhada Thanara, pela predisposição a leituras do meu trabalho para auxiliar nas correções. Obrigado, mas obrigado mesmo pela contribuição;

A minha família, em especial a minha mãe que na sua simplicidade e desconhecimento sempre torceu e teve orgulho de tudo aquilo que fiz ou produzi, sempre me encorajando a fazer melhor e não desistir nunca. Manhê obrigado por ser a minha mãe.

As professoras Regina Célia Tamaso Miotto e a Jussara Maria Rosa Mendes, pelas contribuições ao meu trabalho como membros da banca da qualificação, muito obrigado.

A professora Ivete Siminonatto, meu muito obrigado pelas contribuições através das aulas no programa, a partir das quais tornaram-se mais claro os caminhos e a utilização do método materialismo histórico dialético. Meu respeito e admiração, você é dez.

A Rosana, por cuidar das minhas coisas e agüentar o meu stress, durante o processo de construção deste trabalho. Meu muito obrigado.

Ao grande amor da minha vida, por trazer o amor e estar de volta em minha vida. Amo tanto você.

Aos que não foram nominados, mas que se sentem colaboradores desta construção, muito obrigado.

SILVA, Maria Geusina da. O local e o global na atenção as necessidades de saúde dos *brasiguaios*: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006. Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira

## RESUMO

O presente trabalho analisa a intervenção profissional do assistente social na região de fronteira, evidenciando como o direito à saúde vem sendo paulatinamente cerceado e descaracterizado pela não atenção às necessidades de saúde da população brasiguiaia. Na perspectiva teórica adotada, o direito à saúde compreende a atenção universal e integral, articulando assistência, prevenção e promoção da saúde como um dever do Estado. Esta análise tem como pano de fundo a conjuntura capitalista brasileira e a organização sócio-institucional inaugurada no final dos anos 1980, contexto em que a saúde foi garantida “como direito de todos e dever do Estado”, nos termos da Constituição Brasileira de 1988. Na década de 1990, as conquistas da reforma sanitária contidas no texto constitucional foram perdendo sua força instituinte em decorrência da implementação de medidas derivadas dos ajustes estruturais das economias nacionais. Esses ajustes são baseados numa integração econômica entre países, com segmentação social, desenvolvimento desigual e enorme disparidades regionais que caminham na mesma direção que o Projeto de Saúde Privatista. Tais proposições foram identificadas e explicitadas nas fronteiras brasileiras com os países do Mercosul, destacando-se unicamente políticas e direitos laborais. Na agenda da integração regional, o direito à saúde e à fronteira são tratados apenas no plano discursivo, não se evidenciando um interesse real pelas iniquidades em saúde. Essa situação é agravada, na fronteira, tanto pela evidente desarticulação entre as instâncias governamentais nacionais e internacionais para formular e implementar políticas sociais públicas comuns que favoreçam a redução das assimetrias econômicas e sociais, quanto pelo fato de não se considerar a fronteira como um espaço particular de organização da vida social. Desta falta de articulação resulta, entre outras questões, os processos burocráticos para inserção dos brasileiros residentes no Paraguai ao sistema público de saúde de Foz do Iguaçu. Reafirma-se uma concepção jurídica de cidadania, pautada no critério *jus sôlis*, que atrelado equivocadamente ao critério de residência, limita e restringe o usufruto do direito à saúde na região fronteiriça, que, associada à inexistência de uma política de integração regional, com respeito a diversidade cultural e preservação das identidades nacionais, tem imposto aos assistentes sociais dilemas éticos e políticos no exercício profissional. Esses dilemas revelam, em primeira instância, a não vinculação dos valores e atenção à saúde defendidos pelos assistentes sociais com as lutas e mobilizações institucionais voltadas à inserção dos brasiguaios no sistema de saúde local. Em segunda instância, esses dilemas, por sua vez, repõem, no momento da intervenção, a inexistência de uma cidadania social comum na região de fronteira, assentada sobre valores democráticos, preservando os valores ideo-culturais e históricos de cada país, enquanto fruto de lutas políticas, recusando a reprodução de políticas sociais integracionistas que reafirmem os conflitos e não reconhecendo a fronteira como um espaço “local”, com peculiaridades distintas. Este cenário vem requisitando dos assistentes sociais uma sólida competência teórico-metodológica, na linha de práticas sanitárias integrais, fundada nos valores que sustentam o projeto ético-político profissional e nos princípios e diretrizes do Sistema Único

de Saúde - SUS, no encaminhamento das demandas de saúde geradas pela mobilidade transfronteiriça. Tal competência irá proporcionar legitimidade e visibilidade social às intervenções profissionais na atenção às necessidades dos brasileiros que residem no Paraguai e buscam proteção estatal, no domínio da saúde, no território nacional, contribuindo assim, na formulação de políticas específicas ou especiais para essa região.

**Palavras chave:** Direito à Saúde, Serviço Social, Intervenção Profissional, Fronteira, Brasileiros, Integralidade.



SILVA, Maria Geusina da. The local e the global in attention of the *brasiguaios*' health necessities: analyze of the social assistant's professional interference in Foz do Iguacu. **Social Service Dissertation for Master's Degree**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006. Oriented by Prof. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

## ABSTRACT

The present work analyzes the social assistant's professional intervention in the border area of Iguassu, evidencing as the right to the health has been reduced gradually and non-characterized for the non attention to the health needs of the "brasiguaios" population. In the adopted theoretical perspective, the right to the health understands the universal and integral attention, articulating attendance, prevention and promotion of the health as a duty of the State. This analysis has as backdrop the Brazilian capitalist conjuncture and the partner-institutional organization inaugurated in the end of the years 1980, context in that the health was guaranteed "as right of everyone and the State duty", in the terms of the Brazilian Constitution of 1988. In the decade of 1990, the conquests of the sanitary reform contained in the constitutional text went losing its institute force due to the implementation of derived measures of the national economy structural adjustments. Those adjustments are based on an economical integration among countries, with social segmentation, unequal development and enormous regional disparities that walk in the same direction that Private Health's Project. Such propositions were identified and explicit in the Brazilian borders with the countries of Mercosul, only standing out politics and rights works. In the regional integration calendar, the right to the health and the border is just treated in the discursive plan, if not evidencing a real interest for the iniquities in health. That situation is worsened, in the border, so much for the evident non-articulation among the national and international government instances to formulate and to implement public social politics common that favor the reduction of the economical and social asymmetries, as for the fact of not considering the border as a peculiar space of the social life organization. By the lack of articulation it results, among other subjects, in bureaucratic process for Brazilians who are resident in Paraguay to insert in the public system of health of Foz do Iguacu. A juridical conception of citizenship is reaffirmed, ruled in the criterion *jus sólis*, that harnessed mistakenly to the residence criterion, it limits and it restricts the usufruct of the right to the health in the frontier area, that, associated to the non-existence of a regional integration politics, with regard to cultural diversity and preservation of the national identities, it has tax to the social assistants ethical and political dilemmas in the professional exercise. Those dilemmas reveal, in first instance, the values and attention non tied to the health defended by the social assistants with the fights and institutional mobilizations returned to the insert of the "brasiguaios" in the system of local health. In second instance, those dilemmas, for their time, restore, in the moment of the intervention, the non-existence of a common social citizenship in the border area of Iguassu, seated on democratic values, preserving the ideo-cultural and historical values of each country, while fruit of political fights, refusing the reproduction of social integration politics social to reaffirm the conflicts and not recognizing the border as a "local" space, with different peculiarities. This scenery is requesting of the social assistants a solid theoretical-methodological competence, in the line of integral sanitary practices, founded in the values that sustain the professional ethical-political project and in the beginnings and guidelines of

the Unique system of Health - SUS, in the direction of the demands of health generated by the mobility between borders. Such competence will provide legitimacy and social visibility to the professional interventions in the attention to the necessity of Brazilians who live in Paraguay and they look for state protection, in the domain of the health, in national territory, contributing like this, in the formulation of specific or special politics for that area.

**Key-words:** Health Rights, Social Service, Bordering Professional Intervention, Brasiguaios, Completeness.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. O DIREITO À SAÚDE E O DEBATE DA SAÚDE NA FRONTEIRA.....</b>	<b>25</b>
1.1. O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	25
1.2. AS TRATATIVAS INTERNACIONAIS E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	30
1.3. DETERMINANTES SOCIAIS E NECESSIDADES DE SAÚDE.....	35
1.4. NECESSIDADES DE SAÚDE COMO PRESSUPOSTO DA INTEGRALIDADE.....	43
1.5. O DEBATE DA SAÚDE NA FRONTEIRA: A DINÂMICA LOCAL E GLOBAL.....	50
<b>2. O MUNDO E A FRONTEIRA.....</b>	<b>61</b>
2.1. A FRONTEIRA EM DEBATE.....	61
2.2. A FRONTEIRA BRASILEIRA DE FOZ DO IGUAÇU - BRASIL COM CUIDAD DEL ESTE - PARAGUAI: APRESENTAÇÃO DE UM ESPAÇO.....	71
2.3. MOBILIDADE FRONTEIRIÇA BRASIL – PARAGUAI.....	79
2.4. OS BRASIGUAIOS.....	83
2.5. A FRONTEIRA NO DEBATE DA SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU: APROXIMAÇÕES E REFLEXÕES.....	99
<b>3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE NA FRONTEIRA: CENÁRIO E AÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS BRASIGUAIOS.....</b>	<b>109</b>
3.1. SERVIÇO SOCIAL: PROJETO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NOS ANOS 1990.....	109
3.2. TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO NEOLIBERAL.....	117

3.3. OS RUMOS ÉTICO-POLÍTICO DA AÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE.....	123
3.4. ATENÇÃO INTEGRAL E DILEMAS DA AÇÃO PROFISSIONAL NA REGIÃO DE FRONTEIRA.....	127
3.5. O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A ATENÇÃO AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS BRASIGUAIOS.....	140
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>146</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>169</b>

## INTRODUÇÃO

O estudo ora apresentado evidencia a descaracterização do direito à saúde na atenção integral às necessidades de saúde da população brasiguaiia na fronteira de Foz do Iguaçu - BR com o Paraguai, ao analisar a intervenção<sup>1</sup> do assistente social. Descaracterização esta que, associada ao fenômeno local e global, vem colocando dilemas ético-políticos e técnico-operativos para a ação dos assistentes sociais.

Resgata, ainda este estudo, a relação entre os princípios ético-político que orientam o exercício profissional e as necessidades de saúde dos brasiguaios na fronteira, articulando-as tanto ao panorama geral da organização capitalista no seu estágio contemporâneo, quanto aos limites que esta impõe à gestão dos sistemas nacionais de saúde, campo em que se inscrevem as políticas sociais e as ações profissionais.

Discutir a intervenção profissional requer uma inflexão além do imediato dos espaços ocupacionais dos assistentes sociais, nos quais os rumos ético-políticos da profissão são colocados em xeque face a um Estado de Direito que garante um mínimo de justiça social, frente às necessidades imediatas da dor, sofrimento e risco de morte, pela falta de condições objetivas e satisfatórias de reprodução da vida, acentuadas devido às práticas racionalizadoras do projeto neoliberal que prevê um mínimo para o social e um máximo para o mercado (PEREIRA, 2003).

Esse quadro, marcado pela desresponsabilização do Estado no trato da “questão social<sup>2</sup>”, em que os sujeitos, nas suas expressões coletivas ou individuais, são responsabilizados pelo fracasso das políticas públicas, exige, do assistente social, a compreensão de que o enfrentamento desta crise social vivida no interior dos espaços institucionais e das políticas sociais recoloca a necessidade de invocar o Estado como agente condutor e viabilizador de proteção social, resguardando e efetivando os direitos sociais.

Atualmente, a tendência reducionista das políticas sociais vem, gradativamente,

---

<sup>1</sup> Não desconsiderando as polêmicas em torno da categoria marxista trabalho, por muitos negadas e por outros defendidas, no seio da vanguarda do Serviço Social, deve-se analisar se a categoria se adequa ou não a natureza do que realiza ou fazem os assistentes sociais. Neste trabalho longe de entrar no debate em questão ao utilizar a expressão “intervenção profissional”, “ação profissional” e “atuação profissional”, estou referindo-me ao fazer e as atividades cotidianas exercidas profissional nos diferentes espaços sócio-institucionais e ocupacionais.

<sup>2</sup>A Questão Social aqui é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos cada vez mais mantém-se privado, monopolizado por uma parte da sociedade. Portanto a questão social engendra determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos e históricos (IAMAMOTO, 1999; NETTO, 2001).

rompendo com os preceitos constitucionais garantidos na esfera da Seguridade Social (assistência, previdência e saúde) ignorando, desmedidamente, a universalidade dos direitos. Tal situação retrata os projetos sociais distintos que vêm fundamentando e tencionando a estruturação das políticas públicas brasileiras. De um lado tem-se uma proposta com caráter universalista e democrático e, de outro, a mercantilização e a refilantropização do atendimento às necessidades sociais (IAMAMOTO, 2006).

Iamamoto afirma, ainda, que o debate sobre a intervenção profissional do assistente social não pode estar descolado das transformações societárias ocorridas no cenário brasileiro nas últimas décadas, alterando as condições e as relações de trabalho dos profissionais. Neste contexto, os serviços sociais deixam de expressar direitos para se metamorfosearem em mercadorias.

Enquanto trabalhadores no campo social, os assistentes sociais realizam o exercício profissional no enfrentamento e combate das mais diversas expressões da questão social, esclarecendo e orientando a população sobre os seus direitos sociais, efetivados por meio de políticas sociais através do Estado. Este, historicamente, tem sido um dos maiores agentes empregadores destes profissionais, contratados para atuarem na mediação entre as intensas demandas dos usuários e a oferta de serviços das instituições.

A realização das atividades profissionais, na linha de frente das políticas sociais, rendeu a denominação, aos assistentes sociais, de executores terminais de políticas sociais, conforme destaca Netto (1992). Essa função vem sendo gradativamente ampliada, pois com o advento da descentralização e da municipalização<sup>3</sup> das políticas sociais públicas, expandiu-se o mercado de trabalho profissional e as funções sócio-ocupacionais destes profissionais, que passaram a exercer funções de formuladores, avaliadores e gestores de políticas, programas e projetos sociais.

Tais transformações, além de ampliar os espaços e funções ocupacionais dos assistentes sociais, têm exigido um perfil profissional crítico, propositivo, criativo, capaz de formular respostas coerentes para as diversas realidades e expressões da questão social, numa perspectiva de reconhecimento dos direitos, pressupondo a elaboração de políticas sociais voltadas aos interesses dos cidadãos, não somente na condição de usufruto dos direitos, mas

---

<sup>3</sup> - A municipalização da Saúde no Brasil é entendida neste cenário como descentralização territorial ou descentralização político-administrativa, relacionada a distribuição de poder. Neste sentido municipalização significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde do cidadão na qual o município ou esfera local passa a assumir a formulação, o planejamento, a execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação. A municipalização é uma estratégia para materialização dos princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS, tais como a universalidade a integralidade a equidade e controle social. Ver: SILVA, Silvio F. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

também na sua construção.

É na dinâmica da vida social que todas essas transformações rebatem, requisitando, dos profissionais, ações no sentido da defesa e da efetivação dos direitos, com vistas a resguardar a cidadania social, cada vez mais invertida na sociedade capitalista brasileira, conforme identificou-se na análise da ação do assistente social, trabalhador da saúde na região de fronteira.

Os novos arranjos do capital, decorrentes do projeto neoliberal e reiterados pela globalização mundial, têm eliminado todas as barreiras e fronteiras em nome dos conglomerados transnacionais, buscando unificar os padrões éticos e culturais sem preocupação com as desigualdades sociais e com as particularidades nacionais, regionais e até mesmo as locais.

Esse novo reordenamento planetário considera os países, cidades, sociedades e sujeitos como instituições homogêneas, anulando as particularidades e iniquidades inter e intranacionais, afirmando o presente imediato e com ele o sentimento de que as coisas devem permanecer como são (TEIXEIRA, 1998, p.16). Essa homogeneização é reposta no cenário brasileiro de fronteira, um espaço “local” sócio-temporal.

Historicamente, o tratamento destinado ao local apresenta uma visão dual, de positividade e negatividade. Nos anos 1980, a visão do local era alimentada, no meio acadêmico, como o lugar de reprodução de práticas coronelistas e clientelistas, pautadas no primado das relações de reciprocidade hierárquica (COSTA, 1997, p.114). Na primeira metade dos anos de 1990, esta concepção gradativamente perdeu espaço para a expressão “pense globalmente e aja localmente”, slogan neoliberal para incluir o local na era global (SILVA, 2005, p.150).

As proposições apontadas levam a um tratamento simétrico do local em relação ao global, uma vez que a ênfase à esfera “local” surge mediante uma preocupação com a integração global, longe de ser aprendido como um espaço que mantém interlocução com os processos de hibridização cultural, de transnacionalização e desterritorialização dos mercados, como se não fosse parte constituinte e atravessada por relações, perspectivas e interesses regionais, nacionais e internacionais.

Assim, o local não é considerado como instância intermediária dos governos, como o lugar de possibilidades de pressão e resistência, que podem e devem ser fortalecidas em prol do aprofundamento dos preceitos democráticos. Pelo contrário, é compreendido como um espaço de afirmação e reiteração da política governamental em vigor, transferindo, aos sujeitos sociais em suas relações locais, as responsabilidades de implementação das políticas

sociais públicas, especialmente aquelas que fazem parte do quadro dos direitos sociais.

É com este olhar simétrico, de espaço “local”, que a fronteira brasileira de Foz do Iguaçu com o Paraguai vem sendo apreendida e analisada pelos governos federal, estadual e municipal, no tocante à implementação das garantias de proteção social estatal à comunidade fronteiriça, em especial os brasiguaios. Esta concepção, por reiterar, como salienta Fleury (1994), uma cidadania invertida, na qual os profissionais têm que atestar e comprovar a situação de verdadeira carência e necessidade dos brasiguaios para que sejam incluídos, ainda que parcialmente, como cidadão de direitos nos serviços emergenciais, traz sérias implicações para a população. Associa-se a essa concepção, a fragilidade das intervenções profissionais no contexto da fronteira que, aparentemente, são formuladas de forma isolada, desconectadas das transformações societárias mais amplas e das discussões envolvendo as particularidades locais. É neste espaço fronteiriço que um grupo de assistentes sociais vem sendo provocado, freqüentemente, pela constatação do cerceamento do direito à saúde aos brasiguaios.

Este cerceamento parece sinalizar que a forma de implementação da política municipal de saúde, numa ótica de cidadania formal, remete a uma visão de território topográfico-burocrático, empreendida pelas novas abordagens do local, em que a lógica da territorialidade assume as características de um espaço físico dado e completo, com critérios geopolíticos definindo o território, denominado de território-solo. Nesta direção, a concepção adotada apreende o território como um espaço naturalizado e acabado, dando sustentação à visão limitada de distrito sanitário e ao entendimento de saúde apoiado no modelo clínico aprofundando os processos de exclusão do direito à saúde.

A situação acima descrita expressa e amplia o dilema ético-político e técnico-operativo vivido pelos assistentes sociais que, incansavelmente, vêm buscando a materialização dos princípios e valores sustentadores do projeto profissional hegemônico na intervenção profissional, através de ações integrais que assegurem a satisfação das necessidades de saúde dos brasiguaios no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu.

A construção dessas ações deve apontar a integralidade enquanto um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde brasileiro, incorporado-a, no plano da intervenção profissional, como um princípio a partir do qual torne-se possível aprender a dinamicidade e peculiaridade dos processos sociais e de saúde na fronteira, correlacionando-os às tratativas dos direitos econômicos, culturais e sociais internacionais. Portanto, o assistente social deve referenciar, no plano da intervenção profissional, a integralidade como uma concepção afirmativa de saúde, entendida como um processo de produção social influenciado por fatores de diversas naturezas e que se expressam num nível de qualidade de vida. Logo, “a saúde deixa de ser



resultado de intervenções especializadas e isoladas sobre alguns fatores e passa a ser produto social, resultante de fatores políticos, ideológicos e cognitivos” (GIOVANELLA et al , 2002, p. 44-5).

Neste sentido, observa-se que a formulação de práticas sanitárias integrais requer, dos assistentes sociais, uma abordagem de fronteira inversa a tradicional e a reafirmada pelas teses neoliberais. Exige uma compreensão inovadora, pressupondo a organização de sistema de saúde que privilegie um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nas múltiplas dimensões do processo saúde/doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais e coletivas de saúde. Nesta perspectiva, a saúde se situa “como um campo de conhecimento que requisita a interdisciplinaridade, e, como um campo de práticas que exige a intersetorialidade” (GIOVANELLA, 2002, p.45).

Assim, a relevância do tema em questão fica evidente à medida que identifica e analisa os dilemas éticos-políticos e técnico-operativos da intervenção profissional dos assistentes sociais. No âmbito da saúde na fronteira implica em caracterizar e demarcar as particularidades da ação profissional neste espaço. Supõem desvendar os valores éticos e políticos centrais que orientam as atuações profissionais articulados à integralidade enquanto um princípio fundamental para universalização do direito à saúde na região.

Analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais na região de fronteira, remete a uma compreensão de como vem sendo incorporada a integralidade enquanto diretriz que permite a ampliação das práticas sanitárias, por apreender as demandas de forma contextualizadas e historicamente situadas. Ou seja, abarcando as complexidades das relações presentes nas dinâmicas societárias que influenciam os estados de saúde e de doença, seja de uma localidade, de um estado ou de um país.

Nesta direção, o objetivo geral da pesquisa foi o de identificar e analisar os dilemas ético-político e técnico-operativo que interferem na atenção integral das necessidades de saúde da população brasiguaiia no sistema público de saúde na fronteira de Foz do Iguaçu-Brasil com Ciudad del Este - Paraguai. Este objetivo foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos: identificar as particularidades da ação profissional na região de fronteira, evidenciando os dilemas ético-político e técnico-operativo presentes no exercício profissional na área da saúde; caracterizar a interferência da dimensão local e global na atenção integral às necessidades de saúde dos brasiguaios; identificar como vêm sendo articulados os princípios do Código de Ética e as diretrizes do SUS, com destaque para integralidade no enfrentamento desses dilemas, com vistas à inclusão dos brasiguaios no sistema de saúde local.

Considerando o exposto, pergunta-se, inicialmente, quais são os dilemas ético-político

e técnico-operativo presentes no fazer profissional, se os assistentes sociais os reconhecem como tais e como oriundos da dinâmica societária mundial intensificados pelas particularidades da região de fronteira.

A segunda questão indaga quais os caminhos que vêm sendo utilizados para transpor os dilemas presentes na intervenção profissional no espaço de fronteira. O que se questiona é como os assistentes sociais vêm incorporando as discussões relacionadas à criação e formulação de políticas sociais para as regiões fronteiriças e quais as articulações realizadas com as instâncias que têm por objetivo pensar e formular políticas sociais no contexto da integração regional, vinculadas às proposições sociais do Mercosul<sup>4</sup> e às prerrogativas da Comissão Internacional dos Direitos Econômicos Culturais e Sociais<sup>5</sup>.

Pondera-se, ainda, como indagação orientadora do estudo, em que medida as estratégias de ação construídas pelos profissionais apreendem a totalidade das necessidades de saúde dos brasiguaios. Nesta questão, problematiza-se a apreensão e a vinculação dos assistentes sociais com a política de saúde num contexto de reordenamento deste setor no Brasil, em que dois projetos antagônicos encontram-se em intensa disputa. A forma como são pensadas e implementadas as intervenções profissionais podem reafirmar as proposições do projeto de saúde privatista ou o projeto de reforma sanitária.

Neste cenário questiona-se, também, como vêm sendo articulados os princípios do Código de Ética Profissional e as diretrizes do SUS no enfrentamento de tais dilemas. Ou seja, em quais valores fundamentam-se as intervenções dos assistentes sociais na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios e qual a direção social assumida.

Indaga-se, finalmente, como o local e global interferem na ação profissional. Esse questionamento coloca ao assistente social a necessidade da apreensão, compreensão e análise da totalidade de dinâmica da vida social e das suas refrações no espaço fronteiriço. Exige o reconhecimento da existência de manifestações e pactos normativos informais, não derivados unicamente dos canais estatais, mas fruto de preocupações de profissionais, instituições públicas e privadas e segmentos da sociedade civil, na luta pela garantia do direito à saúde.

As respostas a tais questões caracterizaram a concepção de direito social e direito à saúde informada pela intervenção dos assistentes sociais na região da fronteira estudada. Mais do isso evidenciou a ação profissional do assistente social, num cenário em que as possibilidades de materialização do direito a saúde são minimizadas por práticas focalizadas, seletivas e criteriosas, afastadas das garantias constitucionais.

---

<sup>4</sup> Mais informações sobre o tema ver capítulo II deste trabalho.

<sup>5</sup> Informações detalhadas sobre o tema ver capítulo I.

A construção do trabalho expressa uma opção teórico-metodológica fundada nos valores do projeto ético-político profissional, por precisar apreender, incorporar e interpretar os significados atribuídos pelos assistentes sociais a sua intervenção e os dilemas atravessados na cotidianidade da região fronteiriça. Destaca-se sobremaneira como os valores que orientam o projeto profissional vêm sendo materializados e articulados aos princípios que fundamentam o SUS, no movimento histórico da realidade social do qual o Serviço Social é parte e expressão.

A análise buscou desvelar se a perspectiva teórico-metodológica e ético-política, apropriada pelo conjunto de profissionais, tem possibilitado a construção de referências concretas que dêem materialidade à intervenção profissional, no sentido de permitir que os dilemas que obstaculizam atenção integral às demandas de saúde dos brasiguaios sejam pensados no movimento da realidade social, apreendendo as necessidades de saúde, objeto da ação profissional, como uma construção social. Buscou ainda, identificar a articulação existente entre o discurso profissional e a discussão social do Mercosul, correlacionando-as as tratativas internacionais das quais o Brasil é signatário.

A análise permitiu esboçar as fragilidades da intervenção profissional do assistente social na região de fronteira, em que pese a forte adesão aos valores do Projeto Ético-Político. Tal fragilidade decorre da ausência de sistematização das ações e das formulações e encaminhamentos de respostas e estratégias profissionais isoladas, sem articulação com o quadro de relações sociais da dinâmica da vida social e não vinculadas às lutas e discussões gerais que envolvem a temática em questão. Observa-se uma intervenção mecânica, na qual a intencionalidade de garantia da atenção integral às necessidades de saúde dos brasiguaios parece ser somente interesse do Serviço Social.

Na busca das respostas às questões inicialmente formuladas em termos de metodologia de pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa em saúde referenciada por Minayo (1993). Essas referências apontam que o debate qualitativo na área da saúde, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, é operacionalizado pela apreensão da totalidade dos fenômenos socioeconômicos, políticos e ideológicos que a envolvem e a determinam. Afirma a autora que o campo da saúde constitui uma realidade complexa demandando saberes distintos e integrados e colocando, de forma imediata, o problema da intervenção.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela quais as classes e seus

segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa inteiração entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 1993, p.15).

Desta forma, a abordagem qualitativa revela que a questão saúde envolve e é envolvida pelo conjunto das relações sociais na produção e reprodução da vida social, tornando-se, seguramente, a abordagem apropriada para análise e interpretação dos processos sociais transversos à intervenção profissional do assistente social no âmbito da saúde na região de fronteira.

A escolha de tal abordagem permitiu ao pesquisador trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes presentes no espaço fronteiriço, articulados à dinâmica societária mais ampla e correlacionando-os aos processos e fenômenos relativos a saúde na fronteira, num movimento dialético por preocupar-se com um nível da realidade que não pode ser quantificada.

Diante do exposto, a pesquisa qualitativa, na perspectiva de Minayo (1993), pressupõe uma relação direta com o método dialético por evidenciar um relacionamento inseparável entre “mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre ação do homem como sujeito histórico e as determinações que a condicionam” (MINAYO, 1993, p.12).

Ao optar pela abordagem qualitativa no desdobramento do trabalho, penetra-se num mundo polêmico, no qual há questões não resolvidas, que requisitam um debate perene, permanente e não conclusivo. Reafirma-se que as potencialidades do enfoque qualitativo, no âmbito das pesquisas em saúde, tem contribuído frente à intensa desigualdade social neste setor, para amplas reflexões sobre os esforços coletivos voltados ao aprofundamento da apreensão e compreensão da complexidade inerentes aos cenários em que se apresentam (MARTINEZ E BOSI, 2004, p.64).

Frente às proposições de ajustes e reformas na saúde, reiteradas por diferentes agências nacionais e internacionais, pautadas em critérios da economia em saúde que afetam os princípios e valores, como a cidadania e o exercício do direito à saúde, numa perspectiva de universalidade, integralidade e equidade conquistados pela reforma sanitária, a adesão à pesquisa qualitativa segundo Martinez e Bosi (2004), tem-se figurado num importante elemento de descrição, análise e interpretação dos impactos dessas transformações. Vem contribuindo de forma significativa para a construção de estratégias no enfrentamento e redução das iniquidades e disparidades de saúde locais e regionais, em consonância com as

diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os dados empíricos que fazem parte deste trabalho foram coletados a partir dos seguintes instrumentos: formulário, entrevista de grupo e grupo focal. Inicialmente, foi utilizado como recurso para levantamento das informações empíricas a técnica de grupo focal. A adesão à técnica de grupo focal está condicionada a orientação teórico-metodológica, de raiz crítica e dialética, que guia a investigação, pois, a partir da utilização deste instrumento, pretendeu-se identificar, analisar e interpretar os possíveis pontos contraditórios que envolvem a temática em discussão, com vistas a sua superação.

Para o levantamento dos dados através deste instrumento, elaborou-se um roteiro, ou uma lista de itens (apêndice n.º 2), com o propósito de coletar informações qualitativas acerca dos dilemas ético-políticos e técnico-operativos que permeiam a intervenção profissional do assistente social na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios na fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai.

Foram realizados seis (06) encontros, de abril a outubro de 2006, com o propósito de debater as diferentes questões que perpassam a intervenção profissional no âmbito da saúde na fronteira, apreendendo, através das falas, as reflexões acerca de determinados conceitos, concepções e representações que os profissionais têm sobre a temática.

Num segundo momento, utilizou-se da entrevista de grupo, que se diferencia do grupo focal pelas respostas alternadas de um sujeito de cada vez, de modo que o entrevistador, além de gravar as falas, ainda anota as respostas. Para implementação desta técnica foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturado, posteriormente transformado num formulário (vide apêndice n.º1), sendo que as mesmas ocorreram em duas sessões, respectivamente em agosto e setembro de 2006.

A utilização desta técnica de coleta de dados consiste no refinamento detalhado de informações e dados que ficam obscuros nas discussões dos grupos focais. Nestes termos, a entrevista de grupo constitui-se num arremate para encerramento da sessão de coleta de dados. Desta forma, na aplicação da técnica aos assistentes sociais, centrou-se em questões que não foram devidamente esclarecidas durante as discussões, para avaliar e captar as opiniões compartilhadas, contraditórias e antagônicas.

Pelo fato de algumas questões ainda ficarem pendentes posterior à aplicação das técnicas anteriores, optou-se pela aplicação de um (01) formulário aos mesmos profissionais durante o mês de outubro do corrente ano.

A opção por esse conjunto de técnicas permitiu a aproximação e o aprofundamento do conhecimento das experiências profissionais na região da fronteira, no intuito de apreender as

reflexões e interpretação do Serviço Social sobre as particularidades da ação profissional neste espaço.

Os assistentes sociais sujeitos da pesquisa desenvolvem suas atividades profissionais na rede de serviços públicos de saúde de Foz do Iguaçu, nos níveis da atenção básica e assistência especializada. Participaram das discussões e entrevista, oito (09) profissionais que se encontram assim distribuídas no quadro funcional. Seis (06) desempenham suas funções sócio-ocupacionais na média complexidade, duas (02) prestam serviços ligados a atenção básica, e uma (01) em uma entidade não governamental na condição de cedida.

As profissionais apresentam um perfil profissional com tempo médio de formação variando entre 10 e 20 anos de conclusão da graduação, em Universidades ou Faculdade públicas localizadas na região sul do Brasil. Foram incorporadas ao quadro funcional da Prefeitura do município via concurso público e desempenham suas atividades nesta instituição entre 7 e 16 anos aproximadamente. Cumprem, diariamente, nas respectivas unidades ou núcleos de saúde, uma carga horária de trabalho correspondente a 4 ou 6 horas, que totalizam, semanalmente, uma jornada de trabalho de 20 ou 30 horas.

Os dados coletados foram analisados de forma a resgatar inicialmente as expressões individuais dos assistentes sociais sobre a sua intervenção e os dilemas decorrentes do exercício profissional nos serviços de saúde na região de fronteira. O tratamento posterior dos dados, tomados na dimensão coletiva das expressões, possibilitou a construção de categorias que foram interpretadas e analisadas.

Utilizou-se como perspectiva de interpretação e análise crítica dos dados a dialética materialista ou marxiana. Esta escolha levou em conta a possibilidade do método assumir que a “qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes e que qualidade e quantidade são interdependentes, ensejando, assim, a dissolução de dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade, com que se debatem as diversas corrente sociológicas” (MINAYO, 1993, p. 11-2).

Nesta direção, a análise dialética se particulariza e sobressai pela capacidade de incorporar verdades parciais de outras correntes, criticando e negando suas limitações, com vistas a aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada (MINAYO, 1993, p.12).

Assim, a análise e interpretação dos dados obedeceram a seguinte lógica proposta por Minayo (1993). Num primeiro momento, realizou-se uma ordenação dos dados que incorporaram tanto as transcrições da entrevista de grupo e as discussões dos grupos focais, quanto o conjunto de material recolhido nas instituições que tem ou prestam alguma ação ou

serviço que envolve a questão discutida.

A posteriori, em um segundo momento, foi processada uma classificação dos dados coletados permeados por um movimento dialético que tinha como referência à base teórica, objetivo geral e específico, e as questões que nortearam o estudo. Essa dinâmica possibilitou, durante toda a construção do trabalho, o confronto entre as categorias empíricas e as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas.

As falas coletadas por meio das técnicas foram distribuídas no conjunto do trabalho, ou seja, em todos os capítulos, no intuito de apontar como os profissionais vêm compreendendo, interpretando e refletindo sobre o direito à saúde, a fronteira no debate da saúde, a saúde em debate na fronteira, temáticas que subscrevem e condicionam as suas intervenções profissionais.

Neste sentido, os depoimentos presentes no trabalho representam a visão e a posição que os assistentes sociais têm, ou assumem, no plano da intervenção profissional, no interior do sistema público de saúde na região de fronteira, na busca pela efetivação da atenção integral às necessidades de saúde da população brasiguaiia.

O discurso dos assistentes sociais permitiu identificar como os sujeitos e as expressões da questão social, as vivências em saúde e doença, as iniquidades locais e regionais, vêm sendo incorporadas e trabalhadas na ação profissional, revelando que a atenção integral às necessidades de saúde requisita do assistente social uma intervenção sistemática nos determinantes sociais de saúde.

Desse modo, os assistentes sociais acabam por absorver as demandas dos brasiguaios de forma isolada e individual, não as incorporando como demandas coletivas, desconsiderando projeções futuras nas intervenções de longo prazo. Ao assistente social, no interior dos núcleos e unidades de saúde, cabe tão somente mediar as solicitações dos usuários, incluso os brasiguaios, para minimizar as tensões e conflitos gerados pela ausência de políticas universais com atendimento integral de saúde, sem qualquer fator limitativo ou impeditivo.

Embora haja um real interesse no plano do discurso dos profissionais de garantia de atenção integral nos marcos da política de saúde na região fronteira, na complexidade do cotidiano das unidades e núcleos de saúde, esse discurso não se materializa nas ações profissionais. O desconhecimento e a vinculação da lógica do capital geradores das contradições que aprofundam as desigualdades sociais e as iniquidades de saúde levam esses profissionais a não captar as objetivações concretas postas na realidade fronteiriça. Tais objetivações denotam uma abordagem conservadora da fronteira como o fim de um território,

que concede unilateralmente a titularidade do direito aos cidadãos nacionais, residentes sob a sua jurisdição.

Identifica-se que a intervenção profissional do assistente social, na região de fronteira, é polarizada pelos embates e confrontos entre o direito dos cidadãos nacionais, os iguaçuenses residentes em solo brasileiro, e os não-nacionais, brasileiros residentes no Paraguai. Agrava esta polarização a ausência da incorporação e a dubiedade na apropriação, por parte dos gestores e autoridades do setor judiciário, do marco legal que define, com clareza, os direitos e deveres nacionais e internacionais dos apátridas e estrangeiros.

Neste campo conflituoso, a intervenção profissional do assistente social deve revestir-se de uma sólida competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, de conhecimentos das regulações de saúde na fronteira, de articulação e organizações em prol da constituição de uma cidadania social supranacional, no contexto do Mercosul, com o propósito de captar e priorizar as demandas reais e potenciais desprovidas de um mínimo de acesso às ações e serviços de saúde.

Neste sentido, a forma exposição dos resultados no interior de todo trabalho permitiu ao pesquisador ir gradativamente revelando as apreensões, compreensões, concepções e visão de mundo que os assistentes sociais têm sobre a intervenção profissional na região de fronteira, explicitando uma visão social e de mundo desses profissionais em relação à problemática suscitada em cada capítulo.

Assim, os resultados da pesquisa foram sistematizados em três capítulos, mais as considerações finais. No primeiro capítulo resgata-se a trajetória sócio-histórica do direito à saúde no Brasil e as suas vinculações com as tratativas internacionais, tendo como pano de fundo as transformações societárias ocorridas no pós 1990, que impõem, através das teses neoliberais, cortes e reformas radicais no projeto democrático de saúde. Resgatou-se, ainda, as implicações deste reordenamento para as regiões de fronteira no debate da saúde.

No segundo capítulo, apresenta-se o debate contemporâneo sobre fronteiras, no contexto da saúde, os limites e possibilidades dessa discussão no contexto local e da integração regional supranacional na definição de um marco legal e institucional de garantias à proteção social estatal aos cidadãos não-nacionais, neste caso em especial os brasiguaios.

O terceiro capítulo explicita a intervenção profissional do assistente social no sistema público de saúde na fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai, caracterizando as ações profissionais neste cenário, identificando os dilemas ético-político e técnico-operativo que atravessam o fazer profissional na busca de atenção integral às necessidades de saúde apresentadas pelos brasiguaios. Tem-se a pretensão, neste capítulo, de demarcar como o local



e o global, condição inerente à vida social dos brasiguaios, têm influenciado a atuação profissional. Caracteriza, ainda, como vêm sendo articulados os valores que fundamentam o Projeto Profissional aos princípios do Sistema Único de Saúde no enfrentamento das situações cotidianas peculiares à região de fronteira, nos diferentes espaços institucionais.

Por fim, nas considerações finais, sintetizamos os dilemas ético-político e técnico-operativo que permeiam as intervenções profissionais, as suas origens e derivações, formas de enfrentamentos e superação a partir da intervenção profissional.

## **1. O DIREITO À SAÚDE E O DEBATE DA SAÚDE NA FRONTEIRA**

Objetivando apreender como os direitos vêm sendo historicamente consolidados e implementados nos limites da democracia burguesa, no cenário nacional e global, neste capítulo pretende-se retratar como o direito à saúde, frente à complexidade da ordem capitalista no seu estágio atual, vem sendo afirmado como um elemento constitutivo dos direitos humanos.

Considerando que tanto o direito quanto a política de saúde são os eixos fundantes deste capítulo, torna-se necessário apresentar as diferentes defesas e posturas teóricas que envolvem e determinam esse debate, bem como ressaltar as discussões atuais que permeiam os direitos sociais.

A partir de referências teóricas e históricas busca-se explicitar como o direito à saúde no Brasil tornou-se uma conquista social e uma garantia fundamental, materializada na formulação e implantação de um Sistema Único de Saúde - SUS, com acesso universal viabilizando ações integrais por meio de um atendimento equânime, com participação da comunidade em sua gestão e controle. Busca-se, ainda, resgatar os progressos e refrações que o direito à saúde vem sofrendo no cenário da fronteira, apontando-se à integralidade como uma das estratégias de enfrentamento a recusa da atenção integral às necessidades de saúde da população brasileira.

Neste sentido a concepção de direito à saúde defendida neste trabalho, articula o direito às condições reais de existência, tendo como pressuposto as relações econômicas e sociais que condicionam no limite os fenômenos jurídicos e políticos. Trata-se, portanto, de uma perspectiva que diz respeito à satisfação das necessidades de saúde concretas e cotidianas que exige a presença de responsabilidades e de garantias, uma instância de luta coletiva tendo como palavra de ordem o direito a ter direitos, universais, integrais, equânimes (NOGUEIRA,1998, p10-3).

### **1.1. O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

O debate dos direitos sociais, no campo da produção e conhecimento, remete-se a diferentes defesas e correntes teóricas, por se tratar de uma busca diretamente relacionada ao aprofundamento da democracia e ao alargamento da cidadania.

Nogueira (2003), ressalta os limites que a perspectiva marxista aponta na discussão dos direitos sociais, afirmando que:

Em uma perspectiva marxista a discussão dos direitos se situa no limite da democracia burguesa, sendo a idéia de emancipação humana, em Gramsci e Marx, esbarra na existência do Estado, que mantém a cisão entre o homem e o cidadão portador de direitos. A reivindicação maior da emancipação humana, que seria a sociedade sem classes, não tem em seu núcleo central, a luta por direitos, o que, entretanto, não invalida a discussão sobre a sua constituição nas sociedades capitalistas (NOGUEIRA, 2003, p.85).

Marx (1843) critica os *Direitos do Homem*, primeira forma clássica de expressão dos direitos sociais, por não reivindicar a emancipação humana na sua totalidade, mas somente a emancipação política. Ao proclamar a emancipação política na Revolução Francesa, os *Direitos Humanos*, segundo Marx, não exprimem a identidade entre os homens, mas sim a separação do homem em relação ao homem. Expressam, portanto, uma concepção negativa que vê na liberdade do outro uma não realização, mas um limite da liberdade individual.

Os direitos do homem, virando as costas para o ser genérico, tratam de fixar os direitos civis do homem egoísta entregue aos seus interesses particulares na sociedade civil e indiferente a vida comunitária. Para Marx, os Direitos do Homem (o direito a propriedade, a igualdade jurídica etc.), serviram para consagrar “a dissolução da sociedade burguesa em indivíduos independentes” em seres privados voltados exclusivamente para os seus negócios, em membros atomizados da sociedade civil (MARX, 1843, p.200).

Contrariando a abordagem clássica dos direitos, Marx afirma que a proclamação dos Direitos do Homem confirma o indivíduo egoísta, com a prevalência da individualidade centrada em uma vida contrária a sua natureza humana. Afirma que esse homem, da moderna sociedade capitalista burguesa, vê no seu semelhante um meio para obtenção dos seus interesses privados e, com isso, destrói a si próprio, por reconhecer o cidadão vivendo a sua condição de ser social de forma ilusória e imaginária no Estado político.

Marx (1843), desvela o caráter ideológico presente nas declarações dos séculos XVIII E XIX, considerando que emergiram para legitimar os interesses burgueses, face ao antigo regime feudal. Esse debate, incitado a partir da Revolução Francesa não se limitou ao contexto histórico social, pois na medida em que as sociedades foram se desenvolvendo se recoloca em evidente destaque a questão dos direitos da coletividade, em detrimento às novas necessidades originadas dessas transformações.

Neste sentido, observa-se que, na moderna sociedade capitalista do século XXI e XX,

a temática direito social, na qual se inclui o direito à saúde, sempre foi, e continua sendo, o centro de amplas discussões, movimentos e lutas sociais. Por um lado, por se tratar de um debate perene, histórico e não conclusivo; e por outro, um direito que resguarda e salvaguarda o bem mais precioso da humanidade, que é o direito à vida. Reafirmando essa discussão, (NOGUEIRA, 2003, p.86) aponta que,

A compreensão dos direitos sociais e do direito à saúde ocorre em várias clivagens, o que não significa que se autonomizam entre si, mas apresentam interfaces articuladas, que, dependendo do plano analítico, enriquecem o conhecimento sobre os mesmos, favorecendo tanto o ângulo do conhecimento como o das ações efetivas em sua garantia.

Constata-se, a partir dos séculos XIX, XX e na primeira década do século XXI, uma defesa fragmentada dos direitos sociais, polarizada por segmentos que denunciam as transgressões dos direitos das minorias, em que os direitos perdem o seu caráter abstrato e absolutista. Configuram-se como *“direitos históricos, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades, contra velhos poderes e nascidos de forma gradual, não todos de uma só vez e nem todos de uma vez por todos”* (BOBBIO, 1992: 5).

Essa tendência, segundo Bontempo (2005), expressa uma classificação teórico-didática dos direitos sociais, afirmada por Bobbio (1992), que define os direitos a partir de gerações, imprimindo uma visão compartimentalizada, há muito já superada. Ao fundar os direitos sociais na teoria das gerações, surgida na moderna sociedade capitalista burguesa, inaugurada em 1789, esta tese vem indicar certa superação/supressão dos direitos ascendentes a ele, o que não é verdade, como aponta Bonavides (2001, p. 525).

Forçoso é dirimir, a esta altura, um eventual equívoco de linguagem: o vocábulo “dimensão” substitui, com vantagem lógica e qualitativa, o termo “geração”, caso este último venha induzir apenas sucessão cronológica e, portanto, suposta caducidade dos direitos das gerações antecedentes, o que não é verdade. Ao contrário, os direitos da primeira geração, direitos individuais, os da segunda geração, direitos sociais, e os da terceira, direitos ao desenvolvimento, ao meio ambiente, à paz e à fraternidade, permanecem eficazes, são infra-estruturais, formam a pirâmide cujo ápice é o direito a democracia.

Tal colocação tem fundamento ao se observar que na contemporaneidade o agravamento das disparidades econômicas, sociais e culturais tanto entre países como no interior de cada um deles, provocou a necessidade de uma profunda reavaliação da

categorização dos direitos. Mais do que isso, afirma Trindade (1997, p. 390-391), que “*a fantasia nefasta das chamadas “gerações de direitos”, histórica e juridicamente infundada, na medida em que alimentou uma visão fragmentada ou atomizada dos direitos humanos, já se encontrava devidamente desmistificada”*.

Os direitos sociais, mediante o exposto, merecem um trato mais rigoroso, pois vêm dominando o século XX, de igual forma como os direitos civis dominaram o século passado. Trata-se dos direitos econômicos culturais, direitos coletivos ou da coletividade que foram amplamente introduzidos nas constituições das diversificadas formas de Estado social, como forma de contraposição ao pensamento liberal.

Reitera Bonavides (2001), que os direitos sociais nasceram imbricados ao princípio da igualdade. Neste sentido, os direitos sociais fizeram nascer a consciência de que, além da importância de salvaguardar o indivíduo, conforme sempre esteve presente na concepção clássica dos direitos da liberdade, é necessário proteger a instituição, uma realidade social na qual o homem produz e reproduz determinadas relações sociais, necessárias a sua subsistência e sobrevivência.

Os direitos sociais fizeram nascer a consciência de que tão importante quanto salvaguardar o indivíduo, conforme ocorreria na concepção clássica dos direitos da liberdade, era proteger a instituição, uma realidade social muito mais rica e aberta à participação criativa e a valorização da personalidade que o quadro tradicional da solidão individualista, onde se formara o culto liberal do homem abstrato e insulado, sem a densidade dos valores existenciais, aqueles que unicamente o social proporciona em sua plenitude (BONAVIDES, 2001, p. 517-26).

Esta autoconsciência levou o homem a reconhecer que o mundo é composto por nações desenvolvidas, subdesenvolvidas ou em precárias condições de desenvolvimento, permitindo que se buscasse uma nova dimensão dos direitos fundamentais, até então desconhecida. Esta busca levou a intensificação da luta de classes em prol da superação das contradições que minimizam a efetivação desses direitos.

Seguindo-se esse movimento histórico torna-se impensável a discussão dos direitos sociais e direito à saúde, sem reconhecer as contradições e as lutas de classes geradas no interior do Estado e do modo de produção capitalista, que permearam e contribuíram para consolidação desses direitos na vida em sociedade, como reitera (NOGUEIRA, 2003, p. 85).

Os direitos sociais e o direito à saúde são pensados no interior das políticas setoriais, as quais são apreendidas como políticas econômicas, como estritamente vinculadas aos processos de acumulação capitalista, em seu estágio monopolista. Essa afirmação ratifica posição anterior, de que os direitos unicamente podem ser

analisados e estudados como produtos do desenvolvimento histórico, marcados pelas desigualdades e contradições entre os continentes, entre os países e no interior de cada país, em seus aspectos regionais e locais.

No plano das reflexões de Nogueira (2003) e Teixeira (1995), observa-se que o direito à saúde vai se conformando na sociedade contemporânea a partir da dinâmica societária de produção e reprodução da vida social, definidas pelas recomendações econômicas e políticas de certa modalidade de Estado, que busca manter e expandir o modo de produção capitalista no seu estágio monopolista. Direitos que buscam ser consolidados em uma realidade contemporânea, permeada por reformas e ajustes das economias nacionais que prevêm o fim dos Estados sociais, alargando a diversidade e complexidade de fatores determinantes desta discussão. Nesse sentido, o direito à saúde não pode ser apreendido e analisado fora das condições históricas que o envolvem e, por vezes, os determinam, como afirma Nogueira (2003).

Desta forma, os direitos surgem a partir das lutas sociais travadas entre Estado e segmentos da sociedade civil ao longo de décadas. Logo, são historicamente construídos e se apresentam como uma forma de regulação das relações sociais em sociedade. Frutos de uma construção histórica, os direitos em uma sociedade dinâmica podem ser ampliados ou reduzidos. Nessa dinâmica de possibilidades de ampliação ou redução dos direitos, sempre esteve presente uma disputa de poder como pontua Nogueira (2003, p.113). “Na origem da garantia dos direitos sociais há uma permanente disputa entre quem detém o poder, no caso específico o poder público, e as camadas sociais que buscam a ampliação deste poder com vistas à consecução dos direitos pretendidos”. Esse fato ocorre, particularmente, em relação aos direitos sociais, o que não se verifica, por exemplo, com os direitos à liberdade, que buscam justamente o contrário, a limitação do poder do Estado.

No que se refere à saúde, observa-se que outros fatores podem ser incluídos na origem do direito a saúde. Como indica (BAYER, LEYS, apud NOGUEIRA, 2003, p.89), um deles diz respeito à apreensão da política de saúde como derivada das necessidades de reprodução, ou até mesmo da própria constituição da força de trabalho e como resultado da constituição de interesses econômicos na área da saúde. Outro fator, pontuado pela referida autora, indica o alto grau de controle da classe trabalhadora, através da política de saúde.

Portanto, o direito à saúde, longe de ser entendido como uma decorrência de abstratos ideais humanitários de solidariedade universal, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada à sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu

estágio atual. Partindo-se dessa referência é que se coloca em discussão o direito a saúde no Brasil para análise de uma experiência específica.

## 1.2. AS TRATATIVAS INTERNACIONAIS E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a consagração do direito à saúde na Constituição de 1988 foi fruto de amplas lutas e mobilizações sociais a partir da organização de segmentos profissionais da área da saúde e de setores da sociedade civil, integrantes do movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento, ainda na década de 1970, elaborou uma proposta de política de saúde para a sociedade brasileira, inspirada no modelo italiano, como afirma Teixeira (1995), mas somente teve suas indicações consagradas no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, às custas de muitos confrontos e embates ideopolíticos.

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só agora é elevado a condição de direito fundamental do homem; o direito a saúde há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual {das tecnologias de saúde} independentemente de sua situação econômica (SILVA, 2002, p.307).

Constata-se que essa conquista histórica para a sociedade brasileira, contemplou a participação da comunidade e um conceito de saúde ampliado, normatizado através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90. Considera-se que a saúde tem como fatores condicionantes e determinantes, questões econômicas e sociais, prevendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços sanitários, através da constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, as concepções jurídico-políticas, expressas na Constituição Federal, chamam a atenção para os determinantes sociais da saúde, assegurando esta como um direito de todos e um dever do Estado, garantida mediante políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esta nova proposta do direito à saúde, traduzida no texto constitucional, indica a instauração de um processo de democratização da política de saúde por meio da descentralização, municipalização e do controle social. Além desse aspecto, consagra o acesso universal e igualitário à saúde, sendo “incogitáveis mecanismos de restrição do acesso à rede

e aos serviços públicos de saúde, tal como a restrição, outrora existente, que deferia o acesso exclusivamente àqueles que contribuíssem com a previdência social” (ARAÚJO e NUNES JR., 2002, p.306-7).

Embora a concepção jurídico-política inscrita na Constituição brasileira reitere uma concepção de saúde/doença, a partir da apreensão de determinantes sócio-econômicos e políticos, Giovanella e Fleury (1995), apontam que o papel do Estado tem sido unicamente o de ampliar o acesso aos serviços de saúde, enquanto alternativa de prover a um maior número de pessoas opções diversificadas de atenção. Tal propósito se traduz na execução de mecanismos legais para a implementação do SUS, por meio da unificação dos serviços prestados no setor público sob comando único e a descentralização das ações a nível municipal.

Assim, o Projeto de Reforma Sanitária, conforme expressado na Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde 1996, procura assegurar e consagrar,

A saúde como produto social, portanto resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, habitação, o saneamento, a educação, o transporte, o lazer, etc. Torna-se necessário uma nova cultura de intervenções, com fortalecimento de ações intersetoriais, com participação da sociedade, parcerias e solidariedade, que dependem, também, de soluções urgentes a favor da redistribuição de renda, de políticas urbanas adequadas, de geração de emprego e reforma agrária imediata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p.13).

Dimensionando o olhar para o contexto brasileiro de construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde, pode-se visualizar que o direito à saúde é uma prática social inerente à condição humana que requer elementos fundamentais para a sua materialização: “o direito a saúde é ter acesso universal aos cuidados de saúde, com recursos necessários para prove-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nas quais práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de produção e reprodução social” (PINHEIRO *et tall*, 2005, p.15).

A construção e a implementação do direito à saúde no Brasil têm, como premissa fundamental, garantir esse direito enquanto um direito de cidadania por meio do cumprimento de uma prescrição legal, que permita o desenvolvimento de práticas de integralidades em meio a uma política de saúde universal.

Tal proposição de política de saúde propiciaria a inclusão e o acesso de todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição, no sistema de saúde pública, considerando até mesmo aqueles sujeitos desprotegidos dos espaços públicos de saúde,



oriundos dos novos arranjos internacionais e transnacionais.

A implementação dessas conquistas sociais, prescritas na Constituição de 1988, precisa ainda da superação das estruturas governamentais observadas a partir dos anos 1990, no Brasil, quando se constata um novo redimensionamento do papel do Estado, no cenário de avanço das teses neoliberais.

Verifica-se que a adoção das políticas neoliberais é demarcada pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização das condições de trabalho, sucateamento da saúde e da educação etc., contexto em que o projeto de Reforma Sanitária careceu de um fortalecimento a partir do envolvimento de todos os segmentos organizados e preocupados com a Política de Saúde no Brasil.

O setor saúde, em face deste olhar, pouco a pouco vai sendo precarizado a partir de políticas e iniciativas de privatizações ou terceirizações, que reduzem os investimentos e limitam o alcance das políticas públicas, desobrigando o Estado da responsabilidade de formulação e execução de políticas sociais que garantam ao cidadão o exercício de sua cidadania plena. Tal fato aponta um descomprometimento com os preceitos constitucionais inscrito na Constituição Cidadã na qual,

O direito de ter direitos, na área da saúde, reflete numa visão de cidadania estratégica, que tem como base a organização em torno das necessidades de saúde, que, no caso, não estão sendo reduzidas unicamente à atenção médica, paradigma que dominou muito tempo o setor. A organização abarca fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito de ter acesso a bens e serviços necessários para se garantir a saúde e uma consciência sanitária que se traduziu em ações operativas na concretização do SUS (NOGUEIRA, 2003, p.163).

A partir do exposto, compreende-se que o direito à saúde na sociedade brasileira, carece de um novo olhar e de revisão na sua implementação. Este repensar deve envolver concepções democráticas, significados e sentidos dos sujeitos que deles usufruem, de forma contextualizada e historicamente situada, com vistas a apreender os conflitos e as contradições presentes na luta entre Estado e sociedade para sua efetivação.

Entende-se que a plena conquista e o exercício do direito à saúde implicam na efetiva garantia do acesso universal no qual esse direito se configura numa das dimensões das condições de vida digna. Para que isso ocorra, Mattos e Pinheiro (2005), propõe, de um lado, a necessidade em se resgatar a luta pelas políticas públicas que, além da saúde, proporcionam melhoria nas condições de vida e de trabalho e, de outro, o reforço da participação popular.

Nesse contexto, a luta social do direito à saúde precisa se dar em um duplo movimento: de um lado, há que se resgatar a luta pelas políticas públicas que, além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida de nossa gente; de outro há que se aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, pautados pela perspectiva da participação popular e da integralidade das ações (MATTOS, 2005, p.35).

No cenário internacional, observamos que a noção de direito à saúde assume um nexos constituinte dos direitos humanos, o que reforça a sua importância como direito universal. A convenção de 2000 do Comitê Internacional em Direitos Econômicos, Social e Cultural (CIDESC) proporcionou uma discussão a respeito dos direitos humanos, dando voz e criando espaços para as questões ligadas a saúde, definindo-a como “um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos” (PINHEIRO et al, 2005, p.48).

Segundo o Comitê Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CIDESC), o direito à saúde, na ordem internacional, encontra-se intimamente relacionado e dependente da realização de outros direitos humanos, incluindo direito à moradia, ao trabalho, à educação, ao emprego, a não discriminação, à igualdade, etc. Reforça ainda que “o *direito à saúde está calcado e abrange diversos fatores socioeconômicos que promovem a melhoria das condições de vida e de trabalho, considerados fatores condicionantes e determinantes da saúde*” e (BONTEMPO, 2005, p.79).

De acordo com os parâmetros internacionais aludidos no comentário nº 14 do CIDESC (1985), órgão subordinado ao Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas – ONU, o direito à saúde possui quatro grandes dimensões essenciais e inter-relacionadas, que são: a disponibilidade, remetendo à necessidade dos serviços e programas de saúde serem oferecidos em quantidade suficiente; a acessibilidade, comportando quatro aspectos: o princípio da não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade econômica e a acessibilidade de informações; a aceitabilidade e respeito à ética médica e a adoção de práticas culturalmente apropriadas e sensíveis à questão de gênero e geracional; a qualidade, que em que todos os serviços de saúde devem ser prioritariamente de qualidade implicando na necessidade de serem científica e medicamente apropriados e de boa qualidade (BONTEMPO, 2005, p.80).

Tais indicações, segundo a autora, evocam a necessidade de repensar o direito à saúde no contexto brasileiro, diante das enormes disparidades e iniquidades em saúde, mesmo considerando o avanço qualitativo trazido pela Constituição de 1988 que estabelece a prevalência dos direitos humanos como princípio fundamental a reger o Estado brasileiro nas relações internacionais.

Ao assumir o princípio de prevalência dos direitos humanos no texto constitucional, o Brasil, além de reconhecer a flexibilização do conceito de soberania, abriu a ordem interna ao

sistema internacional, isso equivale a dizer que os direitos humanos ganharam centralidade na discussão do direito à saúde e demais direitos sociais, contribuindo significativamente na ratificação dos tratados internacionais.

O Brasil ratificou e passou a ser Estado signatário do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (DHESC), em 24/01/1992. A partir de então, os direitos e garantias enunciados nos tratados internacionais de que o país seja parte, recebem uma hierarquia especial e diferenciada, uma hierarquia de norma constitucional (BONTEMPO, 2005).

Via de regra, o endosso de país signatário aos direitos econômicos, sociais e culturais não assegura o seu cumprimento, pois a não aceitação do princípio de responsabilidade internacional pelos Estados não os obriga a cumprir normas jurídicas internacionais. Tal situação acarretaria no fim da ordem jurídica internacional.

Em se tratando dos direitos sociais a questão é ainda mais complexa. Embora o Pacto Internacional preveja um catálogo de direitos que se somam aos prescritos na Constituição Brasileira de 1988, ampliando os direitos econômicos sociais e culturais, para esses direitos se oferece uma realização progressiva, limitada pelo recurso financeiro.

A excessiva importância dada aos recursos financeiros, na verdade, têm impossibilitado a realização de muitos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, mediante a acomodação dos Estados, nos seus diversos níveis, as situações de vulnerabilidade de amplos setores sociais. O argumento a mera escassez de recursos financeiros, usados com frequência pelos administradores públicos, resulta na postergação da realização prática dos DHESC (LIMA JR, 2001, p.101).

A fiscalização do cumprimento dos direitos previstos no DHESC é realizada pelo Conselho Econômico e Social, um órgão da ONU, criado em 1985. Na efetivação dessa atribuição o Conselho tem se mostrado insuficiente e inoperante na proteção dos direitos enunciados neste pacto internacional. Isto porque os mecanismos de monitoramento e fiscalização dos pactos nos Estados-partes têm sido muito flexíveis e tolerantes com os Estados violadores das normas internacionais dos direitos sociais, como aponta Ramos (1988, p.250).

Já os direitos sociais tidos como sociais em sentido amplo, consagrados no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais entre outros, não possuem no âmbito dos procedimentos de responsabilização do Estado pela violação dos mesmos. Há clara seletividade no desenvolvimento de mecanismos de averiguação do respeito dos Estados dos direitos humanos internacionalmente protegidos: para os direitos civis e políticos, implementa-se a responsabilização internacional do Estado violador, para os direitos sociais não.

Neste caso, a tese argumentativa da não-disponibilização de recursos financeiros para viabilização do direito tem centralidade e grande aceitação face à violação, o que não se aplica de igual forma na efetivação dos direitos civis e políticos como reitera Ramos (1988, p.257):

A postergação da efetivação dos direitos sociais em sentido amplo é tida, então, como conseqüência de uma disponibilidade limitada, porém temporária, de recurso. A lógica da postergação é sempre acompanhada da lembrança de caráter temporário das restrições destes direitos sociais, acenando-se com uma acumulação futura de recursos aptos a suprir as carências materiais da população. Ora, essa promessa de concretização futura de direitos protegidos não é aceita nos chamados direitos civis e políticos.

Embora o direito à saúde, no plano nacional e internacional, tenha ultrapassado os conceitos tradicionais inerentes ao direito liberal, para sua real efetivação é necessário o estabelecimento de mecanismos que extrapolem a ordem jurídica. Pois este direito está intrinsecamente ligado a questões de cunho político, por ser interesse de natureza coletiva e pública, requisitando a sua transformação de direito (uma Filosofia) em ato, enquanto uma prática responsável de caráter educativo e criativo na mudança social que não pode ser limitada por motivos financeiros (PINHEIRO *et all.*, 2005, p.58-9).

Reafirmando, deve-se apreender o direito sem perder de vista a sua integridade como súpula de princípios da vontade geral, como prática responsável de atender e responder as demandas oriundas da vida social, e não como mero instrumento de controle social e garantia das ações de agentes econômicos no mercado (PINHEIRO, *et all.* ,2005, p.58-9).

Diante do exposto, constata-se que o direito à saúde no cenário brasileiro, embora signatário das tratativas internacionais, ainda está longe ser um direito em sentido amplo, isso equivale dizer que a não intensificação e o não reordenamento de políticas extras setoriais (como a política econômica, assistência social, educação, etc.), necessárias para a sua plena realização, impõe limites a sua real efetivação.

### 1.3. DETERMINANTES SOCIAIS E NECESSIDADES DE SAÚDE

As condições de vida e de trabalho introduzidas como fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde, trazidas pelo texto constitucional brasileiro de 1988, parece não ser uma discussão nova. Conforme apontam Stotz e Valla (1994), a prevalência

concedida à ordem econômica em relação à ordem social já era uma discussão sinalizada por Engels (1845), quando descreveu a situação da classe trabalhadora na Inglaterra.

Era apenas um dos autores que, na Europa, propunha uma relação de causalidade entre as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora e as condições de saúde nas novas cidades industriais (epidemias, mortalidade infantil, etc.) Estudos como o de Engels fortaleceram as lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida (moradia com serviços de água, esgoto, educação para as crianças, etc.) e trabalho (melhores salários, limitação da jornada de trabalho, ambientes salubres, etc.) (STOTZ E VALLA, 1994,p.11).

São estas mesmas indicações que estabeleciam uma relação de causalidade entre as condições de vida e de trabalho e os níveis de saúde, que, posteriormente, levaram o governo à adoção de medidas sanitárias e trabalhistas, contrariando a ideologia liberal presente naquele contexto (STOTZ & VALLA, 1994, p.12).

Durante o século XIX, esta relação de causalidade foi ganhando centralidade no debate da saúde, devido à efervescência da teoria dos miasmas que reiteravam que as epidemias eram provocadas por águas estagnadas, má circulação do ar e putrefação de matérias orgânicas.

Ao final deste mesmo século, com o avanço das pesquisas bacteriológicas que permitiram a introdução dos programas de vacinação, a discussão de causalidade foi perdendo espaço e cedendo lugar a uma visão biologicista (STOTZ & VALLA, 1994, p.12). Essa visão permaneceu fortemente instituída até a segunda metade do século XX e fortaleceu a hegemonia da prática médica, influenciando a implementação da política de saúde no cenário brasileiro, pautada meramente na doença.

As discussões dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), vêm se fortalecendo desde o último quartel do século XX, com a emergência da Epidemiologia Social que reitera concepções de saúde e doença permeadas por dicotomias. Dicotomias estas que se expressam ora como fenômenos individuais, produto da ação de agentes específicos, ora como fenômenos coletivos. Nesta perspectiva, a saúde é entendida como resultante de fatores de natureza distinta, podendo ser sociais ou naturais, ligadas as diferentes formas de adaptação do homem ao meio ambiente (PEITER, 2005).

Essa discussão dos determinantes sociais envolvendo a relação de causalidade foi duramente criticada no campo da saúde e, atualmente, vem sendo empregada com muita cautela, a partir do entendimento que os DSS não são necessariamente a causa de um “estado de saúde”, e sim elementos que podem contribuir para esse “estado”. (PEITER, 2005).

Os DSS contêm, em si, distintas ordens, portanto, não podem ser associados mecanicamente ou linearmente às investigações sobre o processo saúde/doença, eles requerem certo grau de criticidade, historicidade permitindo-lhes serem reconhecidos nas suas especificidades locais, regionais, nacionais e internacionais.

Nos anos 1970, com a consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária no cenário brasileiro, o debate da causalidade, ou seja, as condições de vida e de trabalho como fatores determinantes e condicionantes de saúde, começa a ganhar novamente terreno no campo da política de saúde.

A consciência científica enquanto consciência histórica jamais pode produzir um saber desgarrado da vida material, mas pode isto sim, produzi-lo com uma transversalidade na história de um conhecimento singular, como é o caso em se tratando do conhecimento complexo e dos processos saúde-doença em âmbito coletivo (DAMASO, 1995, p.61).

Assim, a indicação do movimento da Reforma Sanitária alertando para a necessidade de se produzir conhecimento acerca do processo saúde/doença, estritamente relacionado à vida material, considerando a transversalidade desses temas, recoloca em discussão a relação de causalidade, estabelecida entre as condições de vida e de trabalho para se ter saúde, trazendo para o debate os determinantes sociais da saúde.

A discussão proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária sobre os determinantes sociais da saúde, vincula-se a adoção de novas práticas e novas formas de pensar a saúde. Propõe a apreensão dos fatores socioeconômicos como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, em que dinâmica da sociedade é compreendida no movimento da realidade social, se contrapondo a um modelo estático de interpretação do real no qual a resolutibilidade dos problemas de saúde adquire um caráter momentâneo.

Nota-se que, no Brasil, o debate dos determinantes sociais teve pouca centralidade no âmbito da política de saúde pública e coletiva nos anos posteriores ao início da implementação do SUS. Muito embora esse tema tenha sido o fato inovador da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, resguardando o art. 3º, e na Carta Constitucional sob o art. 196.

Na década de 1990, no redesenho do sistema de saúde, a grande preocupação era a garantia de um sistema centrado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade, integralidade e participação popular na formulação e gestão da política de saúde, que deveria ser organizado a partir de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com comando único nas diferentes esferas de governo.

À medida em que foi se organizando o sistema de saúde no Brasil, novas demandas

foram surgindo e que, até então, não haviam sido postas em discussão, mas que estavam resguardadas nos instrumentos jurídicos normativos. Essas demandas, decorrentes dos DDS e das necessidades de saúde, indicam a necessidade de construção de uma rede de ações, serviços e políticas sociais intersetoriais, interdisciplinares, universais, integral e equitativa.

As disparidades regionais e as desigualdades nas situações de saúde entre grupos da população, observadas ao longo de uma década e meia de implantação do SUS, levaram o governo brasileiro a criar em 13 de março de 2006, através de Decreto Presidencial a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O objetivo maior do novo organismo institucional é reduzir as iniquidades sanitárias, com vistas a melhorar os níveis de saúde. Desta forma, em 14 de março do mesmo ano, o Ministro da Saúde em exercício designa, através da portaria nº 532/GM, os membros que irão compor esta comissão<sup>6</sup>.

A comissão tem como principais linhas de atuação: a produção de conhecimento e informação sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde particularmente as iniquidades em saúde; a promoção e avaliação de políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas a nível local, regional e nacional, ligadas aos DSS; a atuação junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre as condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades em saúde.

A base conceitual dos DSS que vem sendo construída no Brasil centra-se no modelo apresentado por Dalghren e Whitehead (1991). Associa-se a uma perspectiva histórico-social crítica, a qual busca explicar as desigualdades sociais na saúde como resultados das interações entre os diferentes níveis de condições de vida e de trabalho, desde o nível individual até as comunidades afetadas por políticas nacionais (SOLAR e IRWIN, 2005, p. 5).

---

<sup>6</sup> Os membros que compõem a Comissão Nacional de Determinantes Sociais brasileira são: Adib Jatene, Médico e pesquisador, co-fundador do Instituto do Coração da Universidade de São Paulo (USP); Aloísio Teixeira, Economista, reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); César Victoria, Professor de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas; Dalmo Dallari, Advogado, professor da Universidade de São Paulo (USP); Elza Berquó, Matemática, professora da Universidade de São Paulo (USP); Eduardo Eugenio Gouvêa Viera, Engenheiro, Presidente do Sistema de Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro; Jaguar, considerado um dos maiores cartunistas brasileiros; Jairnilson Paim, Médico professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), *honoris causa*, é co-fundador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); Lucélia Santos, Atriz de televisão, teatro e cinema; Moacyr Scliar, Escritor e doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; Paulo Buss, Médico Pediatra, sanitarista e Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp); Roberto Smeraldi, Ambientalista e diretor da organização não governamental Amigos da Terra; Rubem César Fernandes, Historiador, fundador e secretário da organização não-governamental Viva-Rio; Sandra de Sá, Cantora e Compositora; Sonia Fleury, Psicóloga, pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas, doutora em Ciências Políticas pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ); Zilda Arns, Médica Pediatra, sanitarista, fundadora e coordenadora nacional da Pastoral da Criança. Informações disponíveis em <<http://www.determinates.fiocruz.br/quem-somosnos.asp>>. Acesso em 19 nov 06.

Neste sentido, os determinantes sociais podem ser definidos como:

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou, de acordo com a frase de Tarlov, "as características sociais dentro das quais a vida transcorre". Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (SOLAR e IRWIN, 2005, p.4).

Verifica-se que esta concepção de DSS se contrapõe ao modelo biologicista de saúde, centrado na prática hegemônica da medicina, na qual a atenção médica é o principal fator de auxílio à saúde das pessoas. Desta forma, o que está em evidência é o caráter social do processo saúde/doença, e do conceito desse binômio, "*que deve se enfrentada como processo para não ater a uma visão parcial e, portanto limitada no seu poder explicativo, das condições que determinam as formas individuais e coletiva de adoecer e morrer*" (ESCODA e LIMA, 1992).

O conceito dos determinantes sociais de saúde demanda uma reflexão na perspectiva do caráter histórico social da saúde, ou seja, é necessária a apreensão de que a saúde ou a doença são determinadas historicamente e relacionam-se com as formas de organização social e inserção dos indivíduos nas classes sociais (ESCODA e LIMA, 1992). Nesta direção, as condições de vida da população, ou seja, os determinantes sociais da saúde, dependem da forma de organização social, logo devem ser pensadas no curso da formação histórico social de cada região, com suas especificidades e particularidades, que as desenham como lugar único no território nacional.

Tal perspectiva de debate da saúde, apontada pelos determinantes sociais de saúde, não combina com o cenário brasileiro atual que,

O Estado brasileiro tem enfrentado politicamente a questão da saúde, através de intervenções marcadas pela compreensão - a histórica do processo saúde/doença. Tem privilegiado em suas políticas, o modelo médico-clínico com medidas puramente assistenciais que se constituem na resposta coerente à concepção biológico-curativo das doenças de massa (ESCODA E LIMA, 1992, p.3).

Tal afirmação reitera a necessidade da incorporação dos determinantes sociais de saúde como possibilidade de reversão do modelo assistencial à saúde, através do resguardo e implementação dos art. 196 da Constituição de 1988 e o art. 3º da Lei 8.080/90 (LOS), os quais põem em evidência as condições de vida e de trabalho como fatores determinantes e condicionantes da saúde, estabelecendo uma prevalência do social sobre o econômico.



Entende-se que os determinantes sociais de saúde abarcam as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que se relaciona intimamente com as condições de vida e de trabalho dos sujeitos sociais, como habitação, lazer, renda, educação, saneamento básico, trabalho, etc. Tais fatores determinantes influenciam, ainda, os estilos de vida, já que os hábitos de fumar, praticar exercícios, etc., também são condicionados pelos DSS (DALGHREN E WHITEHEAD, 1991).

Os determinantes sociais de saúde ainda evocam um valor central, necessário para a superação das causas maiores que provocam as iniquidades na saúde. Nesta direção a equidade é o valor, o fundamento reclamado para esta transformação.

Segundo Solar e Irwin (2005, p.6), a equidade deve ser apreendida e “*definida como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde das populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos*”. Assim, tal conceito se transforma num princípio normativo através do qual se pode enfrentar e combater as iniquidades na saúde geradas pela ausência de atuação nos determinantes sociais.

Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades, já que algumas desigualdades na saúde – como, por exemplo, a disparidade entre as expectativas de vida de homens e mulheres - não pode ser descritas razoavelmente como injusta, e algumas não são nem evitáveis nem remediáveis. Iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Elas tem suas raízes na estratificação social (SOLAR e IRWIN, 2005, p. 5).

As iniquidades em saúde, geradas pela falta de atenção aos determinantes sociais de saúde, expressam a limitação e a incapacidade das políticas sociais atuarem sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, causadores de doenças e fortalecedores de um modelo de saúde assentado na medicalização.

Essa nova tendência, subjacente aos determinantes sociais de saúde, referenda um conceito ampliado de saúde que remete à necessidade de uma profunda compreensão e ação sobre as necessidades sanitárias. Entendendo-se que essas necessidades expressam o fracasso e a ineficiência das atuações da política de saúde sobre as condições de vida e de trabalho de uma população, quando se tem por objetivo a saúde.

Esta definição ressalta a saúde como objeto dinâmico, composto por um alto grau de subjetividade e determinações históricas, dependendo de valores, conjuntura e referenciais que as sociedades em diferentes situações atribuem a ela, reiterando o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1948.

Esse conceito estabelece uma intrínseca relação entre os determinantes sociais de saúde e as necessidades de saúde, a partir da compreensão de que o ser humano, ao longo de sua existência, viverá situações de saúde-doença, de acordo com suas potencialidades; e a produção e reprodução de sua existência e a cadeia de relações sociais desenvolvidas a partir daí. Assim, as condições de saúde são determinadas pelas relações sociais estabelecidas pelos em sua vida cotidiana, ou seja, pela realidade social, de tal forma que se pode dizer que, a partir da dinâmica social, apreendemos e podemos definir as necessidades de saúde de uma população.

Nesta direção, as necessidades de saúde podem ser conceituadas e reconhecidas em quatro grandes conjuntos, a saber, como reitera Cecílio (2004, p. 28):

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar nesse caso que o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculos devem ser entendidos nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

A partir do exposto, não se pode compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produzidas nas relações de um indivíduo ou de uma coletividade com o meio físico, social e cultural. Assim, os determinantes sociais de saúde são necessidades de saúde não atendidas de uma população.

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

Desta forma, a definição de necessidades de saúde ultrapassa a concepção do acesso a serviços e tratamentos médicos para incorporar um contexto, levando em conta os determinantes sociais evidenciados pelas transformações societárias vividas ao longo do

século XX e XXI. Transformações que apontam para o consumismo exacerbado, a miséria e a degradação social, diferentes formas de inserção das diversificadas parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres.

É importante destacar que os determinantes sociais têm forte inter-relação, uma vez que são produtos da estrutura social e nela se reforçam, mantêm relação de propriedade, garantem a acumulação e produzem desigualdade. Outros determinantes de peso na má-qualidade de vida e de saúde da população são os diferentes níveis de desenvolvimento regional, o confisco salarial da classe trabalhadora e a concentração de terra, uma das mais aviltantes entre países de potencialidades e tradição agrícola (ESCODA E LIMA, 1992, p.3).

A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição de 1988 foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Ao suprimir a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para o surgimento de um modelo de atenção integral à saúde, pautado em princípios doutrinários jurídico-legais que assegurem uma prática ética, que respondam não às relações de mercado, mas sim aos direitos humanos, pautados pelo Ministério da Saúde (1990).

Desta forma, o Sistema Único de Saúde se orientou pelos princípios abaixo relacionados, visando apreender os fatores condicionantes e determinantes nas intervenções no campo da saúde, pautados pelo ideal de produzirem práticas sanitárias integrais, incorporando as condições de vida e de trabalho:

- equidade: direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade;
- integralidade: a pessoa é um todo indivisível inserida na comunidade.

Essa concepção ampliada de saúde referendada pelo SUS prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde enquanto referenciais capazes de suprir as necessidades de saúde e atuar sobre os determinantes sociais, entendendo que:

[...] a promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, a eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde” (MATTOS, 2005, p. 221).

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares e a uma atuação permanente sobre os determinantes sociais da saúde, dentre os quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, os cuidados primários de saúde e educação.

Desta forma, atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida, que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução do conjunto de fatores como a educação para a saúde que, associada à integralidade, tem merecido destaque.

Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível inserido na comunidade.

Portanto, assinala-se que o debate dos determinantes sociais e das necessidades de saúde no âmbito da política de saúde, no cenário brasileiro, é algo novo, que resgata velhas reflexões já referendadas por Frederich Engels, em 1845, na sua obra “*A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*”. Mais do que isso, resgata os ideais e valores humanitários defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária desde a década de 70.

#### 1.4. NECESSIDADES DE SAÚDE COMO PRESSUPOSTO DA INTEGRALIDADE

A definição de necessidades de saúde envolve os princípios da integralidade e de equidade em suas diferentes dimensões, dado que o risco de uma pessoa estar saudável ou morrer reflete as desigualdades sociais ou individuais experimentadas pelas pessoas e determinantes desse estado.

Nas colocações anteriores, observou-se que a definição de necessidades de saúde sinaliza as desigualdades sociais e individuais experimentadas pelas pessoas, uma vez que, essas desigualdades, determinam os riscos de uma pessoa apresentar um estado saudável ou adoecer. Tais apontamentos descrevem por si as desigualdades em saúde vividas na sociedade brasileira, que afastam o país dos mínimos essenciais de concepção de modernidade enfatizada pelo neoliberalismo.

Assim, verifica-se que, romper com as disparidades e atender as necessidades de saúde, requer a construção de um sistema de saúde pública integral e equânime. Logo, é necessário pensar a integralidade para além daquela definida constitucionalmente, que reza “a

*integralidade da Assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (CARVALHO e SANTOS, 1995, p.76).*

Diante do exposto, verifica-se que, para romper com as disparidades e atender as necessidades de saúde de uma população, é necessária a adoção da prática da integralidade como uma “*bandeira de luta*”, conforme pontua Mattos (2004), bem como adotar a equidade como uma possibilidade de superação das desigualdades.

Constata-se que a integralidade é um conceito introduzido na Constituição de 1988 (Art.198), enquanto uma tentativa de associar os universos micro e macro da saúde como se observa a seguir:

[...] numa primeira aproximação, a integralidade, é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em “atendimento integral”, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988, art.198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado corretamente para designar essa diretriz (MATTOS, 2004, P.31).

Juntamente com a equidade, universalidade e a participação da comunidade, a integralidade foi inserida no texto constitucional de 1988, como uma das conquistas do movimento sanitário brasileiro.

A partir desse marco, a saúde passou a ser apreendida como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante a adoção de políticas sociais e econômicas voltadas para a “redução dos riscos de doenças e de outros agravos”. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de promoção, de proteção e recuperação, necessitou da implementação de um Sistema Único de Saúde, no qual as ações e serviços de saúde devem estar integrados.

O sistema único de saúde garantido a toda população brasileira deveria ser organizado a partir das seguintes diretrizes, conforme Constituição Federal: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral; e participação da comunidade e financiamento público.

Tais premissas não refletiam as posturas assumidas no cenário internacional da época, pois o debate mundial apontava para os países em desenvolvimento a implementação e a formulação de políticas de saúde minimizadas. Tais apontamentos respaldavam-se nas propostas de ajustes estruturais pautadas no avanço das idéias neoliberais no cenário global, que requisitavam a redução do papel do Estado tanto na economia como em algumas questões relacionadas ao social.

Essas posturas, na segunda metade dos anos 1980, se apresentavam no cenário da saúde a partir de propostas reducionistas da intervenção e participação do Estado nesta área, como reiterava o documento do Banco Mundial de 1987 (p.3) *“a abordagem mais comum para cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essas abordagens geralmente não funcionam”*.

Partindo-se dos antagonismos entre as proposições, considera-se oportuno, então, apreender e refletir acerca dos sentidos que vêm sendo atribuídos à integralidade e como ela vem sendo materializada nas práticas de saúde com vistas a atender as necessidades de saúde.

Tomando-se por base que a concepção de saúde inscrita no texto constitucional descreve uma definição ampliada do conceito de integralidade que ultrapassa as definições insinuadas e referenciadas pelo Banco Mundial, pautadas na economia da saúde, na competitividade, na focalização, na seletividade da ação pública e no método das ciências administrativas. Observa-se que o SUS se constituiu como um projeto de ruptura com as práticas conservadoras e tradicionais centradas na prática hegemônica da medicina, iluminado por princípios e diretrizes dentre as quais se destaca a integralidade (CARVALHEIRO, 2000).

De acordo com Camargo Jr. (2001), o termo integralidade abarca um conjunto de teses argumentativas de tendências cognitivas e políticas em torno da saúde, que impossibilita reconhecê-la enquanto um conceito. Desta forma entende o autor que,

[...] é forçoso reconhecer que a integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com algumas imbricações entre si, mas não completamente articuladas. Pode identificar, a grosso modo, um conjunto de tradições que desembocam nesse agregado semântico por um lado um discurso propagado por organismos internacionais, ligados a idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificados em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país (CAMARGO JR., 2003, p.36).

Esta imprecisão conceitual tem reunido intelectuais da área da saúde em torno da produção de conhecimento e sentidos da integralidade, no intuito de qualificar as ações e serviços oferecidos pelo SUS.

Mattos (2004), pontua que um dos primeiros sentidos da integralidade correlaciona-se à medicina integral identificada no debate do ensino médico que criticava as ações cada vez mais fragmentadas desses profissionais na relação médico/paciente. Nessa discussão questionavam-se as especialidades médicas que, além de fragmentar a prática,

impossibilitavam a apreensão das reais necessidades de saúde de seu paciente. Dessa forma, a medicina integral se contrapôs ao conhecimento e à formação médica especializada por sua centralidade no modelo biologicista, em detrimento às questões psicológicas e sociais.

Os críticos integrantes da medicina integral se ocuparam com a construção de propostas curriculares diferenciadas, donde se apostava com novas bases de formação que alterariam as acepções relativas ao adoecimento, pela introdução da necessidade de conhecimentos relativos às sociedades e aos contextos culturais para alteração e construção de uma nova relação médico/paciente.

Gradativamente, a prática da medicina integral foi assumindo outros sentidos, tais como: a biomedicina, que, ao se estruturar e ter legitimidade social na cultura brasileira como uma profissão, busca reconhecer as doenças que produzem sofrimentos e formas de enfrentá-las, permitiu à medicina se antecipar ao sofrimento e até mesmo à doença, introduzindo novas técnicas profissionais as quais denominamos de diagnóstico precoce.

*A posteriori*, essa nova técnica possibilitou a adoção da medicina preventiva, que apesar de ser altamente medicalizante, permitia, com certa eficácia técnica, prevenir doenças a partir do conhecimento antecipado, incidindo, dessa forma, como regulador de aspectos da vida social através de recomendação de hábitos e comportamentos saudáveis.

Porém, a prática da medicina integral apresentava suas limitações, a partir da constatação de que as necessidades de saúde responsáveis pela busca de serviços não se reduzem somente à perspectiva de solução do sofrimento gerado por uma doença. A não apreensão e compreensão do conjunto de necessidades de saúde que um usuário apresenta, determinou o fim da expansão da medicina integral, pois esta percepção era a marca ou o sentido maior da integralidade na atenção a saúde.

A medicina integral aportava um limite por privilegiar apenas a relação médico/paciente, deixando de visualizar e enfatizar a participação de outros trabalhadores da saúde na busca dos usuários pelo sistema. Assim, pode-se afirmar que a identificação das necessidades de saúde dos cidadãos, de forma mais ampla deve ser incorporada e definida pelo conjunto de profissionais de saúde.

Com efeito, identifica-se que a integralidade não é atributo específico da medicina, pois quando o assistente social intervém em uma situação para constatar e apreender os problemas de saúde que afligem certo usuário, esse profissional aplica a integralidade, para auxiliar na realização do diagnóstico.

A integralidade, a partir desta exposição, pode ser pensada em diferentes dimensões, como reitera Cecílio (2004). Uma dimensão é a da focalizada, aquela realizada e praticada nos

diversos serviços de saúde, fruto de esforços de diferentes equipes multiprofissionais que buscam realizar ações interdisciplinares. Observa-se que nesses espaços sócio-institucionais a integralidade se realiza pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário: ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde da população.

Pode-se identificar uma segunda dimensão dessa idéia de integralidade que é a ampliada. Segundo Cecílio (2004), esta deve ser visualizada como resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos os outros serviços e instituições.

Mattos (2004), propõe uma discussão calcada no pressuposto de que o termo integralidade designa atributos desejáveis na configuração de um sistema de saúde e nas próprias práticas de saúde, atributos que contrastavam com aspectos das práticas e da configuração do sistema de saúde existente. A integralidade neste contexto assume um sentido diferenciado para além da diretriz do SUS, como pontua Mattos (2004, p.38),

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós) desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.

Mattos (2004), ao pensar a integralidade a partir desse pressuposto, aponta para a noção de que a “imagem objetivo” tem sido utilizada na área de planejamento para designar certa configuração de um sistema, ou de uma situação em que alguns atores na arena política consideram desejável. Neste sentido, essa conceituação se diferencia de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam tal configuração como uma possibilidade de tornar-se real num horizonte temporal definido.

Dessa forma, considera-se “imagem objetivo” a premissa, o desejo de construir algo diferente daquilo que já existe. Logo, supõe uma nova direção a ser assumida com vistas à transformação da realidade social, partindo de um pensamento crítico que recusa e se indigna com o existente e busca superá-lo. A “imagem objetivo” é movimento, contradição, inspiração, superação, proposição, reflexão e construção diferente do já existente.

A “imagem objetivo” parte de definições generalistas. Por não prever um projeto específico, ela engendra interesses distintos que, em um dado momento, aglutina-os, de acordo com as semelhanças e ideais. Neste sentido, uma “imagem objetivo” não se descreve de uma vez por todas como uma realidade social a ser construída. Deve se materializar, pois



ela traz consigo múltiplas determinações carregadas de possibilidades de realidades futuras que poderão ser concretizadas a partir de nossas lutas.

Com base no exposto, verifica-se que a integralidade incorporada ao cenário das lutas sociais do movimento sanitário é plena de sentidos que não se expressa numa resposta unívoca. Ela engendra diferentes significados dados pelos atores sociais que buscam transformar a realidade da saúde pública brasileira.

Para tanto, afirma-se que a integralidade assume um eixo central com sentido de direcionar as novas formas de agir social na saúde. Mais do que isso, o conceito ampliado de integralidade é um eixo norteador e regulador do devir, trazendo no seu interior a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas determinações, singularidades e necessidades de saúde, é sempre o foco, a razão do existir de cada serviço e do Sistema Único de Saúde na sua totalidade.

Essas indicações levam a pensar na existência de uma integralidade ampliada com escuta eficiente, apreensões e análises particulares, capazes de reconhecer as situações singulares de cada busca de saúde, proporcionando um fácil reconhecimento das iniquidades e dos determinantes sociais como necessidades de saúde que não foram e não são atendidas.

Um outro sentido da integralidade, destacado por Mattos (2004), relaciona este princípio e a formulação de políticas de saúde. Demarca o autor que a integralidade engajou e forçou um sentido na discussão e formulação de políticas no campo da saúde a partir dos anos 70, “quando não pareceu mais aceitável a existência de uma política voltada a ofertar serviços assistenciais descompromissada com as conseqüências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população” (MATTOS, 2003, p.51).

Este sentido da integralidade reitera a articulação entre as ações preventivas e assistenciais, enfatizando as recomendações inscritas no texto constitucional de 1988, que destaca o atendimento integral sem prejuízo da assistência (Mattos, 2003). O eco da integralidade neste debate reside em que “as ações assistências respondem a uma percepção das necessidades de saúde dos usuários enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de doença, podendo inclusive alterar a demanda futura” (MATTOS, 2003, p.53).

Esta reflexão demonstra que a integralidade na formulação das políticas de saúde requisita uma ação imediata e articulada na atenção das necessidades e dos determinantes sociais de saúde, seja ela justificável por parâmetros técnicos ou não. Assim, o sentido da integralidade nas políticas de saúde se “volta tanto para a garantia do direito dos portadores

*de certas doenças às ações assistenciais quanto para o direito dos não-portadores de se beneficiarem de ações preventivas”*. (MATTOS, 2003, p.55).

Nesta direção, a integralidade vai incorporar o sentido de um modo ampliado de apreensão das necessidades de saúde, à medida que este princípio evoca dos formuladores das políticas de saúde a compreensão e interpretação das necessidades da população que não podem ser realizadas através apenas de indicadores epidemiológicos, mas devem ser levadas em conta às condições de vida e de trabalho.

A construção de práticas sanitárias integrais requer a organização de um sistema de saúde que privilegie *“um misto de praticas sanitárias e sociais intervindo nas múltiplas dimensões do processo saúde/doença, em busca de resultados capazes de satisfazer tanto as necessidades individuais quanto às necessidades coletivas de saúde, tal como detectada e processada técnica e politicamente”* (GIOVANELLA, et all, 2002, p.45).

Assim, a integralidade, enquanto diretriz e eixo estruturante para a organização de um Sistema de Saúde, coloca-se como um princípio a partir do qual é possível apreender a dinamicidade e a peculiaridade dos processos sociais e de saúde na fronteira. Trata-se, portanto, de se qualificar e configurar a universalidade pela integralidade no sentido de garantir, como universais, respostas integrais às necessidades de saúde de cada um ( Fórum Social Mundial, 2005).

Neste sentido, a integralidade deve remeter-se,

[...] a integralidade da atenção por referência a uma concepção afirmativa da saúde, entendida como um processo de produção social influenciado por fatores de diversas naturezas e que se expressa num nível de qualidade ou vida. [...] a saúde deixa de ser resultado de uma intervenção especializada e isolada sobre alguns fatores e passa a ser um produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Define-se, então, como campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de praticas que exige a intersetorialidade. (GIOVANELLA, et all, 2002, p.44-45).

A integralidade se caracteriza, assim, como uma diretriz que permite a ampliação das práticas sanitárias, por apreender as demandas de forma contextualizada e historicamente situadas, capazes de abarcar a complexidade de relações sociais, presentes na dinâmica societária enquanto resultante de um ordenamento social provocado pelo aprofundamento do capitalismo. Mais do que isso, a integralidade permite a apreensão da *“demanda que é construída cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre as normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos, que formulam e programam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país”*( PINHEIRO, et all 2005, p.12).

### 1.5. O DEBATE DA SAÚDE NA FRONTEIRA: A DINÂMICA LOCAL E GLOBAL.

A partir deste item, serão introduzidas no corpo do trabalho falas dos sujeitos pesquisados no sentido de referenciar a análise, expondo os resultados obtidos e algumas reflexões pautadas no referencial teórico anteriormente apresentado.

As falas dos sujeitos foram extraídas e reproduzidas a partir dos dados empíricos coletados<sup>7</sup> no período compreendido entre abril e outubro de 2006. Os sujeitos que constituíram o universo da pesquisa foram as assistentes sociais que exercem a profissão na Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, município brasileiro localizado na região do extremo oeste do Estado do Paraná que faz fronteira com Paraguai, mais especificamente com a cidade de Ciudad del Este.

A análise empreendida resulta do confronto das categorias analíticas previamente estabelecida com os dados empíricos coletados juntos aos oito (08) assistentes sociais, dos nove (09)<sup>8</sup> que fazem parte do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. A Secretaria de Saúde do referido município constitui-se em uma rede de serviços estruturada em 18 Unidades de Saúde<sup>9</sup>, em algumas das quais funciona conjuntamente o Programa Saúde da Família, 5 Núcleos de Saúde<sup>10</sup>, 02 Pronto Atendimentos com funcionamento 24 horas por dia, 01 Hospital Municipal, 01 Centro de Especialidade Médicas, 01 Centro Materno Infantil destinado ao atendimento de gestantes brasiguaias<sup>11</sup>, 01 Centro de Reabilitação Auditiva, 01 Centro de Reabilitação Física, Motora e Social, 01 Centro de Orientação e Apoio Sorológico, 01 Serviço de Atendimento Especializado, 04 Clínicas de Fisioterapia, 01 Hospital Geral, 01 Centro de Nutrição Infantil<sup>12</sup>, sendo todos conveniados ao SUS.

A rede de serviços apresentada encontra-se organizada e pautada numa lógica distrital, com base territorial. Assim, o município, em termos de organização sócio-espacial na área da

---

<sup>7</sup> Os dados apresentados foram coletados a partir de entrevista de grupo, discussão em grupo tipo foco e aplicação de formulário em reuniões e encontros realizados durante seis (6) quintas feiras, com os sete (8) profissionais do Serviço Social, que atendem em diferentes espaços institucionais, localizados no Município de Foz do Iguaçu.

<sup>8</sup> - Uma das nove assistentes sociais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu é a autora deste trabalho, que participou do processo de coleta de dados no papel de entrevistadora e moderadora das discussões.

<sup>9</sup> As Unidades de Saúde são responsáveis pela realização de ações e serviços destinados à atenção básica.

<sup>10</sup> Os Núcleos de Saúde, além de oferecerem ações e serviços da atenção básica, dispensam ainda atendimentos e procedimentos voltados a assistência especializada.

<sup>11</sup> Criado no Município de Foz do Iguaçu em Julho de 2006, com recursos provenientes da Itaipu Binacional. Este centro destina a prestar atendimento a gestantes brasileiras que residem no Paraguai, durante a gestã, podendo o atendimento ser estendido até doze (12) dias posterior o parto.

<sup>12</sup> A subvenção repassada pela Secretaria Municipal de Saúde ao Centro de Nutrição Infantil, para prestação de serviços pelo SUS, dá-se em forma de destinação de profissionais de saúde para a execução das ações e serviços.

saúde, encontra-se dividido em cinco grandes Distritos Sanitários, onde todos comportam 05 unidades e um Núcleo de Saúde, diferenciando desta estruturação apenas o distrito leste da cidade que abarca o maior contingente populacional e, por esta razão, mantém um serviço de Pronto Atendimento 24h para urgência e emergência. O distrito central, ou região oeste comporta, além das unidades e núcleo de saúde, todos os demais serviços.

Partindo-se desta lógica organizativa das ações e dos serviços no município, os assistentes sociais (que se constituíram nos sujeitos entrevistados) realizam suas atividades profissionais basicamente na assistência especializada, sendo 05 deles nos Núcleos de saúde, 01 no serviço de Atendimento Especializado e no Centro de Orientação e Apoio Sorológico, 01 em Unidade de Saúde e 01 no Centro de Nutrição Infantil. Esses profissionais participaram sistematicamente dos processos de discussão, realizados sob a forma de encontros com uma (1) a duas (2) horas de duração, que geraram os dados que subsidiaram a análise.

O debate da saúde na fronteira de Foz do Iguaçu (Brasil) com Ciudad Del Este (Paraguai) é permeado pela descaracterização, tanto a nível espacial quanto cultural, ocasionada pela sua posição singular de tríplice fronteira. Dotada de um intenso fluxo populacional inter/transfronteira, enquanto corredor turístico e comprista<sup>13</sup>, essa região, pela ilusão da riqueza fácil, favorece a favelização nas áreas periféricas desta cidade brasileira, cerceamento dos direitos sociais aos brasileiros residentes no Paraguai, a especulação imobiliária, a criminalidade e o narcotráfico. Fatores que se agravaram devido ao constante afluxo de milhares de pessoas, tanto estrangeiras quanto brasileiras, em busca de melhores condições de vida e de trabalho.

Incorporam-se a discussão a questão dos brasileiros e paraguaios desta fronteira que, embora próximos geograficamente, encontram-se distanciados pelas legislações nacionais, por histórias diferenciadas e objetivos distintos, fazendo com que a *linha de fronteira* adquira conformações objetivas, composta de um processo sócio-cultural complexo ao qual Oliveira (1997), nomeou de “nacionalidades em conjunção”.

[...] é assim que em ambos os lados da fronteira pode-se constatar a existência de contingentes populacionais não necessariamente homogêneos, mas diferenciados pela presença de indivíduos ou grupos pertencentes a diferentes etnias, sejam ela autóctones ou indígena, sejam proveniente de outros países pelo processo de imigração. Ora isso confere a população inserida no contexto da fronteira um grau de diversificação étnica que somando a nacionalidade natural ou conquistada do conjunto populacional de um e de outro lado da fronteira, cria uma situação sócio-cultural extremamente complexa (OLIVEIRA, 1997, p.14).

---

<sup>13</sup> “Comprista” é o nome dado as milhares de pessoas que se deslocam a região de fronteira somente para comprar mercadorias no comércio de Ciudad del Este Paraguai (Grifo do autor).

Este cenário que expressa as profundas desigualdades sociais da fronteira de Foz do Iguaçu, motivou a emergência de trabalhadores da saúde, de instituições, de entidades e de empresas a debater a saúde na fronteira com intuito de buscar e encaminhar respostas e possíveis soluções à situação emblemática vivida no cotidiano fronteiriço do sistema de saúde local.

O sistema de saúde pública em Foz do Iguaçu encontra-se organizado a partir das diretrizes consagradas nas LOS nº 8.080/90 e 8.142/90. Adeptos da Gestão Plena do Sistema de Atenção, atualmente o município é responsável por gerir ações e serviços de saúde de atenção básica, assistência especializada (média complexidade) e alta complexidade.

Na organização das ações e serviços no interior do município, a Secretaria Municipal de Saúde adotou as indicações reiteradas pelo parágrafo segundo do Art.10 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS no âmbito municipal. Estas indicações apontam para adoção dos Distritos Sanitários que visam integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para cobertura total das ações de saúde (CARVALHO E SANTOS, 1995).

Conforme o disposto na LOS, o distrito sanitário existe, em primeira instância, para possibilitar o atendimento de situações em geral não alcançáveis na prática e execução de um plano de saúde. Tal demonstra que a sua implementação não pode ser pautada apenas em critérios de território solo. Num segundo plano, o distrito sanitário se destina a realizar ações de saúde e a ser uma forma privilegiada de controle social, em que a população participe não somente na fiscalização das ações, mas também na sua execução.

Longe de assumir a concepção de distrito sanitário centrado na territorialidade, inscrita na LOS, a rede de ações e serviços de saúde ligados a atenção básica em Foz do Iguaçu esta organizada pautada na distritalização, tendo por base o território solo, visão antagônica a realidade de fronteira marcada pelo intenso fluxo populacional inter/transfronteira.

Ao adotar essa lógica de implementação e de operacionalização das ações distritais de saúde, o gestor por vezes não apreende a dinâmica fronteiriça e os processos sociais dela decorrentes, pois não leva em conta que alguns segmentos populacionais residentes em lados opostos da fronteira. Essas características não são contempladas nem introduzidas na gestão dos serviços. Assim, a concepção de distrito sanitário abarca uma perspectiva de fronteira orientada para dentro, em que somente tem assegurado o direito a saúde os munícipes residentes no lado brasileiro da fronteira.

Tal postura observada na lógica de prestação de ações e serviços de saúde no

município, tem intensificado, ao longo dos anos, o processo de exclusão social<sup>14</sup> na área da saúde de grande parte dos segmentos populacionais que vivem no entorno da fronteira, levando à adoção de práticas ilegais para obtenção ou acesso ao sistema de saúde.

No primeiro quartel do século XXI, essas situações de ilegalidade utilizadas por alguns segmentos populacionais da região de fronteira, para inclusão no sistema de saúde, têm levado a um “inchaço” dos serviços em Foz do Iguaçu, tendo em vista que a capacidade instalada do município não comporta a sobrecarga de demanda. Neste cenário, rodeado de iniquidades em saúde, algumas entidades, trabalhadores na saúde e órgãos representativos dessa região têm encaminhado localmente algumas estratégias de enfrentamento para redução dessa problemática, dada a ausência de manifestação e preocupação das instâncias nacionais.

Com vistas ao enfrentamento dessa situação, associando algumas possíveis combinações de ações e serviços de saúde na fronteira, é que, em 1998, foi instituído o Comitê da Tríplice Fronteira. Este Comitê originou-se a partir de uma iniciativa local de trabalhadores da saúde da Argentina, Brasil e Paraguai, com o objetivo de abordar conjuntamente temas ligados à prevenção e ao controle de inúmeros problemas de saúde prevalentes nesta área, em especial os freqüentes surtos e endemias.

Tais estratégias, construídas por técnicos de saúde, demonstram o distanciamento entre os discursos e as medidas implementadas em nível macro pelos acordos do Mercosul e a sua real efetividade na cotidianidade do trânsito interfronteiras, entre Brasil e Paraguai em especial. Tais acordos e pactos supranacionais não se estendem às áreas de vulnerabilidade, como no caso desta fronteira em particular. Assim, não se observa nenhum tratamento a nível macro ou nacional para as demandas oriundas desses países que agravam a gestão pública de saúde no município de Foz do Iguaçu.

As ações implementadas pelo Comitê estão voltadas única e exclusivamente para a área epidemiológica, tendo em vista que o crescimento populacional desordenado nessa região, a partir da década de 1970, não tem sido acompanhado de igual forma no investimento de infra-estrutura necessária para o provimento de ações e serviços adequados à população de fronteira. Tal fato contribui, neste contexto particular, para a difusão de doenças com difícil controle (SIQUEIRA, 2005, p.46).

---

<sup>14</sup> A idéia de exclusão, aqui suscitada, parte da abordagem de um conceito de denúncia que, segundo Sposati (1999), assume um caráter de conceito/denúncia da ruptura da noção de responsabilidade social pública, bem como a quebra da universalidade da cidadania conquistada no Primeiro Mundo. Ou seja, a exclusão adquire um sentido de aviltamento e violação do estatuto universal da condição humana, portanto uma concepção estritamente ética (SPOSATI, 1999, p.127-9). Neste sentido a exclusão não refere-se a expropriação das condições de acesso ao mercado, pois Oliveira (1998) afirma que o mais miserável dos cidadãos consome mercadorias, não havendo portanto ninguém excluído do mercado (OLIVEIRA, 1998, p.15).

Neste sentido, as iniciativas locais do Comitê representam a apreensão do espaço fronteiriço como uma área de vulnerabilidade, de difusão e propagação de doenças pela grande mobilidade de pessoas, caracterizada como um epicentro, em se considerando a intensa interação entre os municípios que a constituem. Essas peculiaridades particularizam a região num modelo de interação transfronteiriça, tipo sinapse<sup>15</sup>, demarcando o alto grau de troca entre as comunidades fronteiriças, favorecendo, desta forma, freqüentes surtos e endemias (PEITER, 2005).

Ao se limitar a área epidemiológica, as ações propostas pelo Comitê têm um caráter focalizado, não contemplando o conjunto de necessidades de saúde da população fronteiriça, entendendo essas necessidades como socialmente construídas e, por isso, intimamente relacionadas.

O Comitê da Tríplice Fronteira é respaldado e tem o reconhecimento de suas ações pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que o tornou um agente facilitador na efetivação dos acordos de cooperação técnica interinstitucional entre os países. Porém, esta representatividade do Comitê, não é reconhecida de igual forma pelos órgãos majoritários de cada país, fato que tem obstaculizado e inviabilizado a realização de ações sanitárias comuns na região de fronteira.

Uma outra iniciativa criada na região de fronteira, com o compromisso de formular ações e estratégias de enfrentamento da não garantia de atendimento às demandas e necessidades de saúde da população fronteiriça, especificamente de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, é o Grupo de Trabalho Itaipu Saúde (GT Itaipu/Saúde).

O Grupo de Trabalho Itaipu Saúde na fronteira emergiu a partir de um compromisso da Usina Hidroelétrica de Itaipu-UHI, firmado em 2003, através do qual a empresa assumiu a missão de gerar energia elétrica com responsabilidade social, de forma a impulsionar o desenvolvimento econômico, turístico e tecnológico sustentável na área fronteiriça de sua influência, tanto no lado brasileiro quanto no lado paraguaio.

Devido ao caráter binacional da UHI, o GT Itaipu/Saúde se caracteriza como um espaço de articulação interinstitucional e internacional, com representantes de diferentes esferas de governos de ambos os países, colocando-se como um canal de mediações políticas cujo objetivo é favorecer a integração de ações e serviços de saúde na fronteira do Brasil com o Paraguai.

Um dos primeiros trabalhos realizados pelos membros do GT Itaipu/Saúde, ainda em

---

<sup>15</sup> Sobre o significado e conceituação de sinapse será tratado no capítulo II.

2003, ano de sua criação, foi elaborar um diagnóstico da situação da saúde na fronteira. A partir deste diagnóstico construiu-se um plano de ação cuja centralidade estava no fortalecimento das políticas nacionais na fronteira de modo articulado e integrado com as regiões de saúde de ambos os países; no estímulo para a cooperação entre as instituições de saúde do Brasil e do Paraguai visando ao intercâmbio de experiências e à construção de propostas para avanços na descentralização.

Pautado nessas premissas, o grupo de trabalho vem articulando e materializando estratégias e comunhão de esforços para assegurar de forma integrada atenção às necessidades de saúde detectadas dos 28 municípios brasileiros e 31 paraguaios que configuram a área de influência da Itaipu, respeitando as políticas nacionais de saúde dos respectivos países.

Todas as ações sanitárias apoiadas pelo GT Itaipu/Saúde têm um caráter binacional e visam harmonizar e integrar os sistemas de saúde entre o Brasil e o Paraguai. Reitera-se que as ações são operacionalizadas e executadas conjuntamente com as autoridades sanitárias brasileiras e paraguaias com o apoio da Itaipu que, pela sua condição “*sui generis*” de binacional, desburocratiza as relações entre as autoridades dos dois países.

O grupo de trabalho reúne-se mensalmente para pensar, elaborar e propor a operacionalização e a execução de ações que favoreçam a integração dos serviços de saúde entre os países, no espaço da UHI, tanto no lado brasileiro quanto no lado paraguaio. Observa-se que o nível de cooperação alcançada via GT Itaipu/Saúde, entre as autoridades sanitárias brasileiras e paraguaias para o desenvolvimento de ações na região, têm sido produtivas como referência para a discussão de um modelo de integração dos serviços de saúde nas fronteiras físicas do Mercosul. Entretanto, tais experiências<sup>16</sup> não são incorporadas no Sistema Local de Saúde, ficando a cargo da UHI o financiamento das ações empreendidas.

Embora o GT Itaipu/Saúde tenha se destacado na região da fronteira enquanto um importante espaço de articulação política e interinstitucional, não se observa igual destaque na mudança das condições sanitárias fronteiriças. Isso se deve não a falta de comprometimento do grupo, mas a reduzida adesão dos gestores federais, estaduais e municipais dos dois países na operacionalização das ações de integração propostas(SIQUEIRA,2005).

Neste sentido, os ínfimos avanços observados nas ações apoiadas pelo GT Itaipu/Saúde na região de fronteira, devem-se ao envolvimento dos trabalhadores de saúde dos países para a mudança da situação sanitária. Porém, estes trabalhadores, por mais engajados e

---

<sup>16</sup> Entre as ações desenvolvidas mediante articulação do GT/Itaipu Saúde, destacam-se o Centro de Diagnostico DST/Aids implantado em Ciudad del Este. Centro de Atendimento a Gestantes brasiguaias e paraguaias implementado em setembro de 2006 em Foz do Iguaçu. As campanhas de vacina contra a Raiva e Febre Amarela e outras campanhas de imunização.



comprometidos que sejam com a inversão da atual situação de saúde na fronteira, não têm autonomia nem poder de decisão para assumir ou operacionalizar acordos de cooperação técnica.

Uma outra constatação de significativa relevância é que, nas discussões propostas pelo grupo, a fronteira, enquanto um elemento jurídico-político e constitucional que demarca a soberania dos países, não aparece, é como se não existisse. Em tal ausência pode residir a explicação do não avanço de algumas ações que efetivamente favoreçam a integração, pois, se no Brasil existe toda uma legislação que regula a *zona, faixa e linha* de fronteira, no Paraguai não há um marco regulador. Esta discrepância é um limite impeditivo de grande monta para a materialização das proposições do grupo.

Um outro canal de debate da saúde na fronteira são os próprios trabalhadores da saúde, com destaque especial para os Assistentes Sociais. As reflexões propostas e disseminadas pelos trabalhadores da saúde de Foz do Iguaçu obedecem a duas lógicas. A primeira endossa o discurso do gestor, reiterando a concepção econômico-financeira pautada na justificativa de que, como não contribuintes, brasileiros e paraguaios residentes no lado contíguo da fronteira não têm direito às ações e aos serviços de saúde oferecidos pela rede pública municipal de Foz do Iguaçu. A segunda, na qual se inserem os assistentes sociais, defendem a necessidade de ampla reflexão acerca do direito à saúde a partir dos princípios doutrinários do SUS. Entendendo que somente a partir destas defesas é que se poderá encaminhar respostas e propostas de enfrentamento do cerceamento do acesso às ações e aos serviços de saúde aos brasileiros residentes no Paraguai, segmento populacional sob o qual incide um alto grau de exclusão no sistema de saúde local, como se observa nas falas a seguir<sup>17</sup>.

O direito a saúde para mim é a saúde com uma concepção abrangente que vai além do bem estar físico. Então é condições materiais, voltadas a ter transporte, lazer, educação, conforme a concepção de saúde discutida em 86 na conferencia. (SD, 2006).

O direito a saúde é muito mais além que a ausência de doença. A saúde é o direito a um trabalho digno, é direito as condições de moradias dignas e o direito a não ficar doente, então é um termo muito amplo, muito complexo que muitas vezes ele é confundido nas políticas públicas. Muitas vezes na política publica a gente trabalha o conceito de saúde simplesmente na questão da doença. É um conceito muito mais muito ampliado que a gente tem que estar buscando os aspectos sociais da doença. O

---

<sup>17</sup> As falas dos profissionais foram expostas inicialmente na sua expressão individual buscando mostrar a perspectiva de direito a saúde de cada assistente social. Posteriormente os discursos tomados no seu conjunto, ou seja, de forma coletiva, procurou-se interpretar e analisar a partir da identificação de elementos comuns nos depoimentos uma concepção de direito a saúde que expressasse a visão da categoria. As falas foram reproduzidas na íntegra. A identificação dos sujeitos foi realizada aleatoriamente utilizando letras iniciais do nome e ou sobrenome não obedecendo a qualquer regra ou critério.

direito a saúde e não ficar doente, ter condições de não ficar doente na minha visão isso é o direito a saúde (MI, 2006).

O direito a saúde eu entendo que é o direito a alimentação básica mínima necessária pelo menos, a questão da moradia, a questão do saneamento básico para que estas pessoas não cheguem a ficar doente. E a partir do momento que ela ficar doente na condição da necessidade a saúde que ela tenha na integralidade (FS, 2006).

Nesta segunda vertente de debate da saúde na fronteira, constituída por uma minoria de profissionais, evidencia-se um compromisso teórico-crítico que traz para a centralidade da discussão uma intrínseca articulação entre os determinantes sociais e as necessidades de saúde. Pensar o direito à saúde na região de fronteira para esses profissionais é pensar como as condições de vida e de trabalho interferem de diferentes modos nos “estados de saúde”.

Reiteram constantemente, esses profissionais, que o debate da saúde na fronteira deve levar em conta as condições em que a população fronteiriça adoece, as carências sociais e materiais não atendidas por outras políticas públicas e a necessidade de se promover a integralidade das ações não somente no âmbito da saúde, mas de todas as políticas sociais e setoriais existentes no município de Foz do Iguaçu.

Há um questionamento incansável desse grupo acerca da materialidade do direito à saúde na região de fronteira. Existem as legislações, existe uma Constituição que reafirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas, na prática, isso não ocorre. Os gestores respaldam-se na lógica econômico-financeira, discurso que muitas vezes é incorporado pelos próprios profissionais deste segmento mais progressista.

A materialidade do direito a saúde eu não sei se existe essa concretude. Será que existe isso de fato. Eu fico perguntando isso é concreto ou abstrato. O direito a saúde ele materializa existe uma legislação, uma constituição. Aqui na fronteira o direito a saúde só se materializa através das praticas profissionais (MI, 2006).

A materialidade do direito a saúde aqui na fronteira eu vejo assim as pessoas cobram eu tenho direito, mas como alcançar e qual o caminho, eu realmente acho que fica muito obscuro. As pessoas não sabem e os profissionais não têm conhecimento. O conhecimento ainda é bastante limitado de como acessar. Tem o fato das pessoas que moram no Paraguai. As pessoas que moram no Paraguai os brasileiros eles estão conscientes de que não estão contribuindo com imposto aqui, mas eles sabem que tem direito e querem ser atendidos aqui (RE, 2006).

Por vezes, ao aderirem ao discurso do gestor, as peculiaridades da saúde na fronteira não ficam claras no debate defendido por esses profissionais, pois existe uma obscuridade de como resguardar ou por onde passam a garantia, o asseguramento do direito à saúde da população de fronteira, neste caso particular, os *brasiguaios*. E, neste debate, muitas vezes as

discussões se perdem. Esta ausência de clareza pode estar associada ao entendimento de fronteira enquanto limite que restringe e direciona a reflexão do direito para o interior do território brasileiro e não para além das divisas nacionais.

Ao incorporar esta lógica de reflexão, os trabalhadores da saúde parecem fundamentar-se apenas numa visão formal das legislações existente no interior de cada país, regulamentando ou pensado o direito à saúde a partir dos instrumentos jurídicos que regulam esse acesso em cada cidade da *linha de fronteira*. Perdem de vista os processos sociais que envolvem articulações supranacionais que extrapolam as divisas nacionais no debate do direito à saúde.

Colabora para a manutenção desta visão orientadora da prática, a concepção de saúde apreendida e reproduzida pelos usuários dos serviços de saúde na região de fronteira, que reitera a necessidade de saúde apenas como bem estar físico. Ao pautar-se nesta concepção, o usuário entende o atendimento dispensado (na emergência), por mínimo que seja, como acesso ao direito. Diante dessa situação, os profissionais ficam sem direção, pois, de um lado, tem-se o usuário apreendendo que o gestor está resguardando seu acesso à saúde no Brasil, de outro, tem-se os profissionais que defendem o asseguramento numa abordagem ampliada da regulamentação desse direito, mas que desconhecem o caminho de como fazê-lo.

Eu vejo que é muito diferente trabalhar numa região de fronteira, primeiro porque a problemática social é muito diferenciada né. A gente trabalha com carências sociais de países que a gente não conhece a cultura, não conhece a política, a gente não conhece também as legislações. A gente trabalha também com direitos internacionais. Como é trabalhar com direitos internacionais. Esta é a grande diferença de se trabalhar na região de tríplice fronteira (RE, 2006).

A gente pega de um tudo aqui, agente esta numa região de tríplice fronteira, a gente mexe com o direito internacional, um número muito grande de prostituição infantil, um número muito grande de usuário de drogas porque a fronteira facilita isso enfim. É o desemprego assolado pela informalidade do mercado de trabalho. A questão social é muito mais diversificada, a gente não sabe lidar com o direito internacional, nós não temos aparato (MI, 2006).

Tem uma série de acordos que a gente desconhece e que a gente deveria conhecer para a gente estar implementando para a gente poder estar garantindo esses princípios do SUS eu vejo isso como algo diferenciado (MI, 2006).

Reafirma-se, a partir das constatações nas falas, que embora os profissionais reconheçam as necessidades de saúde como historicamente construídas e que é urgente a intervenção sobre os determinantes sociais, o debate ainda é pautado nas limitações do desconhecimento, na falta de aparato jurídico-legal que apreendam às peculiaridades do direito à saúde na fronteira. Isto porque as particularidades inerentes à diversidade fronteiriça,

manifestadas no âmbito local ainda são enfrentadas e encaminhadas localmente, ausentes de interlocuções com as questões internacionais.

Nesta direção identifica-se que o debate da saúde na fronteira reflete a escassez de produções orientadoras de uma defesa concreta do direito à saúde. Essa defesa ainda carece de uma profunda reflexão da saúde nas fronteiras, envolvendo uma associação entre viagens, migrações, importação e difusão de doenças com cunho histórico-social.

É necessário combinar todos os aspectos sociais, culturais e econômicos que relacionam a fronteira à saúde, tais como: a vigilância e controle de doenças; a abertura de novos espaços (fronteira de ocupação); o surgimento e recrudescimento de doenças; o processo de difusão espacial de doenças e epidemias; e as particularidades do atendimento à saúde ou os serviços de saúde em área de fronteira, tendo como fundamento a noção da geografia de limites.

Incorporar a esse debate da saúde na fronteira as concepções de fronteira e limite do ponto de vista da Geografia da Saúde-GS, torna-se um ponto de partida de extrema relevância, pois tais definições indicam a necessidade de se pensar o local e o global nestes estudos, uma vez que o limite orienta uma apreensão de direito para dentro, para a dinâmica local, enquanto a fronteira orienta para fora, ressaltando a dimensão do internacional.

Enfim, observa-se que o debate da saúde na fronteira é ainda fragmentado, não contemplando os processos sociais particulares da região fronteiriça e envolvendo as necessidades e determinantes sociais de saúde na sua totalidade, dado ao fato da ausência, na discussão, de um dos elementos centrais que é a fronteira.

Para além disso, as colocações reproduzem, mesmo a partir do desconhecimento, as proposições da dimensão social do Mercosul que significativamente tem avançado no plano conceitual e no discurso institucional, indicando a necessidade de construção de políticas sociais supranacionais com um mínimo comum de igualdade.

Neste sentido a defesa dos direitos sociais e do direito à saúde na fronteira incorporam a tendência da defesa do direito nacional, não trazendo para o interior das discussões o direito internacional, o direito na perspectiva da integração regional proposta pelas discussões da dimensão Social do Mercosul, embora haja um reconhecimento de que isso se faz necessário.

A partir dessas reflexões, observa-se que a implementação de uma política pública de saúde com atenção integral, por meio de respostas universais, aparece inferiorizada. Não há indicações de como e por onde iniciar movimentos de pressão ou resistência no intuito de mobilizar a criação de programas supranacionais nos quais as necessidades de saúde dos *brasiguaios* sejam atendidas, levando-se em conta os determinantes sociais que influenciam

os estados de saúde e de doença.

Embora as discussões identificadas no âmbito da saúde, na região de fronteira, tenham significativa relevância, a ausência de vínculos deste debate com os temas “direitos sociais internacionais”, com a dimensão social do Mercosul, dentre outros, restringem as estratégias a proposições isoladas e individualizadas. Constata-se um distanciamento das particularidades que envolvem a saúde nas fronteiras brasileiras e que atravessam as políticas do setor aportando características singulares. Igualmente não há um reconhecimento que o local (a fronteira em discussão) é um espaço de pressão e resistência exigindo atenção do governo nacional, nas questões internacionais que atravessam a sua cotidianidade.

Nesta direção, no capítulo seguinte estaremos abordando o debate contemporâneo sobre a fronteira e como o direito à saúde vem ganhando terreno nessa discussão, tanto do ponto de vista da totalidade social, quanto local.

## 2. O MUNDO E A FRONTEIRA

O capítulo segundo inicia-se por uma incursão ao debate contemporâneo sobre a fronteira, articulando essa discussão ao campo da saúde. A fronteira, nesta exposição, será tratada do ponto de vista local, que ao mesmo tempo em que faz divisa, se abre para o internacional, com intuito de apreender as interconexões entre o local e o internacional, numa antinomia que engendra em si a idéia de análise do geral e do particular.

A abordagem proposta vem com o intuito de renunciar as proposições naturalistas da existência de um Estado global para uma sociedade planetária, com unificação mundial sem fronteiras nacionais (CHESNAIS, 1995, p.23-4), assumindo um posicionamento do local enquanto espaço de resistência, pressão e mobilização social, que faz parte e é um componente do global.

### 2.1. A FRONTEIRA EM DEBATE

O tema fronteira há muito tem interessado estudiosos e pesquisadores pela complexidade de fatores e particularidades que envolvem essa questão, despertando assim a curiosidade por desvendar o desconhecido. Embora algumas abordagens, na contemporaneidade, afirmem que as fronteiras são fundamentalmente metáforas presentes no imaginário dos seres humanos e, não sendo reais, é inegável que existam fronteiras constituídas historicamente (MULLER, 2005). Desta forma, a interlocução entre os diversos enfoques torna-se um caminho seguro para construção de análises que permitam a apreensão e a compreensão da fronteira enquanto um fenômeno constituído por processos sociais que envolvem, no seu entorno, questões geográficas, políticas, jurídicas, sociais e culturais.

Historicamente, verifica-se que diversas áreas do conhecimento vêm debatendo sobre a fronteira remetendo a ela significados distintos variando entre a perspectiva tradicional e a crítica. A perspectiva tradicional atribui à fronteira um conceito ligado mais a demarcação do solo, território e a apropriação desse espaço pelo homem. Já a visão crítica concebe a fronteira fundada numa visão de território enquanto espaço social que, para além do uso desse espaço, incorpora a territorialidade, “enquanto certo tipo de inteiração entre o homem e o espaço mediatizada pelo espaço” (SOUZA, 2000, p.99).

Do ponto de vista jurídico, fronteira é o nome dado aos limites da extensão do

território com um outro Estado, podendo ser naturais ou artificiais (BASTOS, 1999). As fronteiras naturais, segundo o autor, são aquelas demarcadas por acidentes geográficos, tais como montanhas e rios, e as artificiais quando criadas pelo homem independente de marcações geográficas.

Nesta busca de aportes teóricos conceituais acerca da temática, em Santos (2001), identificaram-se algumas reflexões sobre o “ser fronteira”. Embora tenha como elemento de análise o caso de Portugal, o autor pontua que:

O contexto global do regresso das identidades, do multiculturalismo da transnacionalização e da localização parece oferecer oportunidades únicas a uma forma cultural de fronteira precisamente porque esta se alimenta dos fluxos constantes que a atravessam. A leveza da zona de fronteira torna-se muito sensível aos ventos. É uma porta de vaivém, e como tal nunca está escancarada, nem nunca está fechada (SANTOS, 2001, p.154-155).

Nesta reflexão, destaca o autor, numa abordagem mais voltada à cultura, que as zonas fronteiriças de Portugal são zonas híbridas, babélicas, onde os contatos se pulverizam e se ordenam segundo micro hierarquias sendo pouco suscetível a globalização (SANTOS 2001).

Notam-se no discurso de Sousa e de Santos, aspectos conceituais comum nos debates acerca da fronteira tais como a hibridização cultural, ou seja, a associação de diversas culturas que acabam por formar um complexo cultural peculiar a uma região, uma outra noção presente é a diluição das linhas demarcatórias das divisas nacionais, pelo intercâmbio, livre acesso e circulação, inerentes à zona fronteiriça, de pessoas, comércio e mercadorias

Um outro estudo de significativa importância sobre o tema em questão foi realizado por Canclini (1990), na divisa dos Estados Unidos com o México. Nesse estudo o autor centra-se na discussão do convívio entre os povos com nacionalidades distintas, em que o trânsito transfronteira ocorre de forma intensa, muito embora existam restrições comerciais e políticas entre os dois países, além dos movimentos americanos ultranacionalistas, contrários a integração. Salienta ainda, o autor, que nem as barreiras físicas materializadas na construção de muros e cerca de arames, nem as culturais tais como a língua, de um lado o inglês e, de outro, o espanhol e até mesmo a língua indígena, tornam-se empecilhos para a elevação do fluxo de um lado para outro (MULLER, 2003)

Muller (2003), atenta que para discutir fronteira no continente latino americano é necessário levar em conta os processos de hibridização cultural, o livre comércio e a integração econômica, uma vez que a América Latina é um continente com fronteiras híbridas, marcadas pelo fluxo trans/interfronteiras, mas com baixo índice de integração.

Na geografia, a temática fronteira tem ocupado lugar de destaque desde o final do Século XIX, a partir das sistematizações do geógrafo alemão F. Ratzel que elaborou uma obra centrada na *Geografia Política*, em 1897. Porém, constata-se que esta literatura pouco avançou no último quartel do século XX, sobressaindo apenas a geopolítica na geografia e ciências afins.

Peiter (2005, p.23), aponta que a noção antiga de fronteira, na geografia, traduz uma definição de “margem do mundo habitada, sem relação com limites fixos”, enquanto que uma noção mais moderna desse objeto, a revela como uma área adjacente ao limite político internacional, um sistema interestatal, mais que isso, uma zona de expansão econômica e de povoamento cujos significados das noções e dos limites das fronteiras encontram-se alicerçados em limites políticos que podem ser lineares e internacionais - convenção que pressupõe a existência jurídica – e circunscrevem áreas de atuação às instituições e normas, regulam as relações interestatais e demarcam a separação de conjuntos sócio-espaciais distintos (PEITER, 2005, p. 6).

Acrescenta ainda, o autor, que a temática limites e fronteiras apresenta uma leitura muita vasta e diversificada em vários campos do conhecimento, como a Geografia (em particular a Geografia Política), a Antropologia, as Ciências Políticas (Relações Exteriores), o Direito (Direito Internacional) e a História (PEITER, 2005). Esse crescente interesse pelo tema, na visão do autor, estaria relacionado às mudanças políticas, econômicas e tecnológicas mundiais, a partir das quais surgiram uma série de novas inquietações. Dentre elas se identifica a necessidade de redefinição do papel do Estado nas relações entre os limites, fronteiras e territórios, derivando desse fato metáforas tais como: o desaparecimento das fronteiras ou a porosidade da fronteira, o papel da fronteira na construção de identidade sócio-espacial.

Na geografia, a literatura sobre fronteira aponta para duas tendências principais: a primeira delas engloba discussões encontradas nos clássicos da Geografia Política e da Geopolítica, remetendo ao debate sobre os limites internacionais. Já a segunda, incorpora o debate sobre o avanço da ocupação de territórios, discussão ausente na economia mercantil, na qual a fronteira surge como metáfora da expansão da linha de povoamento interna aos Estados nacionais (PEITER, 2005, p.35).

Afirma o autor que a idéia de fronteira costuma evocar significados distintos. De um lado, por ser compreendida como margem do mundo habitado (significado tradicional). De outro, pode a fronteira ser compreendida com a emergência dos Estados Nacionais no século XVII e a colonização do século XIX, como a linha de divisa entre os Estados. Argumenta que



a idéia de fronteira como frente pioneira, área de extensão da ocupação em direção a territórios “vazios” ou a “conquistar”, também foi muito influente na geografia (PEITER, 2005).

Mediante o exposto, a fronteira, para o autor, não pode ser apreendida como um limite, pois essas duas categorias congregam diferenças essenciais, pois enquanto a fronteira é orientada para fora caracterizando uma zona de contato e integração, os limites são orientados para dentro, ou seja, apresentam-se como uma linha de separação definida juridicamente. Desta forma, as “paisagens fronteiriças” configuram-se como áreas singulares, nas quais existem “objetos” que as caracterizam, tais como: fortes, quartéis, aduanas e fiscalização. Constata-se uma dualidade intrínseca de contato e separação.

Além disso, ressalta que as fronteiras, em geral, nascem como áreas periféricas, que engendram desigualdades. Portanto, como lugar, a fronteira é o envoltório de um conjunto de instituição, práticas, sujeitos e modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar e não em outro (PEITER, 2005).

Reafirmando a argumentação anterior, constata-se em Cammarata (2004), a afirmação da fronteira enquanto um espaço transfronteiriço, caracterizado por relações sociais individuais e familiares, processos que relacionam o local e integram o regional com o nacional.

*Fronteras y espacios trans-fronterizos que contienen las viejas marcas y que ahora podrían ser más cercanas, rodean lo individual familiar, procesos que llegan o lo local o que integran lo regional y nacional, del cual surgen nuevos contenidos materiales y sociales y políticos en los territorios periféricos (CAMMARATA, 2004, p.2).*

A autora reitera a necessidade de olhar o espaço de fronteira e apreendê-lo no movimento histórico, tanto diacrônico (espaço) quanto sincrônico (paisagem), a fim de reconhecer de forma conjunta às distintas escalas de relação entre o local, regional, nacional, transfronteira e transnacional. A complexidade dos fatores que envolvem a realidade de fronteira denota as situações problemáticas incidentes nas formas sócio-espaciais que representam os tipos de organização, apropriação e produção desse espaço.

Desta forma, constata-se que a fronteira, para a autora, está pautada numa visão de território que rompe com a abordagem tradicional, reduzindo esse conceito a uma dimensão jurídico-administrativa de áreas geográficas delimitadas e controladas pelo Estado, para incorporar uma perspectiva de território enquanto um produto de processos sociais de dominação e apropriação de espaços por agentes não estatais.

La categoría territorio en perspectiva histórica, tiende a ser menos nacional y simultáneamente más mundial. Se instala la diferenciación a partir de la selectividad espacial y socio económica, objetivación multidimensional de la apropiación social del espacio, pasaje que obliga a repensar la relación entre las entidades territoriales nacionales, las estrategias y las organizaciones (CAMMARATA, 2004,p.5)

Afirma a autora ser necessário considerar, nesse debate, a fronteira enquanto território associado ao local, no qual se reconhecem as práticas que se originam e se reproduzem nas relações sociais. Nestes termos, o local é um lugar delimitado por um contexto histórico de significação social, dotado de horizontes político-ideológicos, tornando-se uma extensão da vida cotidiana entre as diversas pessoas, instituições e processos sociais. Entende Cammarata (2004), que o local deve-se abrir para o universal.

O sentido de territorialidade, nesta concepção de fronteira, denota a mesma ótica expressa por Santos (2001), em que a territorialidade assume um caráter inclusivo, articulando velhos e novos espaços de forma espontânea ou seletiva, imbuída pelos processos sociais constituídos nesses espaços, se contrapondo à visão topográfica burocrática. Mais do que isso, remete a “processos relacionados ao poder sobre o território e o uso social do espaço físico” (GRUPO RETIS, 2004, p.6).

Em Muller (2003), o debate sobre fronteira também irá apontar a necessidade de recorrência a diversos aportes teóricos conceituais, pois,

As fronteiras estão presentes no imaginário social como limite, aparecendo como naturalizadas. Entretanto, elas são mais do que isso, pois, ao mesmo tempo em que impendem, permitem a passagem (MELO 1997, p.69). E o queremos discutir neste momento é a questão fronteira vinculada à territorialidade, onde os pontos de contato estão dispostos lado a lado e, neste sentido, o conceito de fronteira precisa ser repensado (MULLER, 2003, p.3).

Segundo Muller (2003), numa concepção tradicional e reducionista, a fronteira é reconhecida como barreira, limite, corte demarcando uma descontinuidade, em decorrência das transformações societárias ocorridas ao longo dos séculos e ainda em curso. Essa visão particularista aponta para a busca de novas referências para tratamento do tema.

[...] el aspecto central del análisis de la dinámica fronteriza deja de ser la existencia de una región o una identidad cultural fronteriza y adquiere relevancia el estudio de prácticas sociales que logran articularse desde las diferentes sociedades nacionales. Esta perspectiva posibilita el análisis histórico de las relaciones de densidad sin dejar de lado las consecuencias jurídico-políticas e ideológicas que una línea corpóreamente inexistente – como el límite – puede tener en el ámbito internacional y local (CHINDEMI 2000, p.78).

Nesta direção, alguns elementos históricos podem contribuir para a apreensão da questão dos brasiguaios. As primeiras entradas significativas de brasileiros, em território paraguaio, ocorreram em 1954, e eram em sua maioria compostas por grandes proprietários de terras. A partir da criação do programa "marcha al este" em 1961, com o objetivo oficial de ocupar a fronteira leste paraguaia com camponeses paraguaios, o processo se acelerou com a venda de imóveis rurais a latifundiários e empresas estrangeiras. O limite político, segundo Peiter (2005) e Muller (2003), cria a própria região, ou seja, *a zona de fronteira*, uma região peculiar composta pelas cidades gêmeas, ditando comportamentos particulares para a região, gerando certa instabilidade.

Sob esta ótica, as *zonas de fronteira*, segundo Muller (2003), passam a se constituir em espaços organizados pelo homem caracterizadas por imensas áreas inabitadas, como as florestas e as montanhas, à medida em que o conceito faixas de fronteira ganha um sentido um pouco diferenciado por demarcar a fronteira como muro ou muralha. Já a linha de fronteira se coloca como um conceito que visa demarcar ou dividir as organizações de grupos humanos em qualquer escala.

Esses aportes, embora permitam melhor compreensão do que venha a se constituir e ser fronteira, ainda estão pautados em uma visão tradicional que, segundo a autora, há urgência em repensá-los. É necessário levar em conta o progressivo redimensionamento das relações internacionais que vão mudando rápida e progressivamente o “*conceito tradicional de fronteira e as organizações espaciais que vão se tornando cada vez mais internacionalizadas*” (LEHNEM; JACOBS; COPSTEIN; GONÇALVES apud MULLER, 2003, p. 3)

Repensar um conceito ampliado de fronteira, de acordo com as novas configurações geopolítica e espacial geradas pelo fenômeno da globalização, implica em definir a fronteira com uma visão um pouco mais condizente com a realidade contemporânea. Como afirma (SARQUIS, 1996, p.60), “*amplas franjas territoriais de um lado e de outro das linhas de demarcação geográficas políticas, na qual convivem populações com particularidades próprias que as diferenciam de outras partes dos territórios nacionais*”.

A partir do esboço realizado pode-se ressaltar que a fronteira, numa perspectiva teórica conceitual e jurídica constitucional, abarca a idéia de espaço geográfico que tem seu fundamento na defesa do território, conforme indica Guimarães (2005). Essa idéia de território não deve restringir-se a uma compreensão topográfica e/ou burocrática, que se consubstancia em processos de apropriação e de controle que demarcam áreas geográficas específicas que são controladas por certo tipo de poder (SANTOS, 2001; DAVIDOVICH,

1989; DIAS E SANTOS, 2001). A fronteira deve ser compreendida para além de um espaço político, de um país, ou extensão usada (SANTOS, 2001). Neste contexto, a fronteira deve ser apreendida como uma territorialidade, como sinônimo de um pertencer aquilo que nos pertence, na qual a concretude do território deverá refletir as relações dadas pelo binômio local global de uma nova dinâmica (SANTOS,2001,p.11-12).

Desta forma, o conceito de território, que fundamenta a fronteira, dever ser entendido como:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e empresas que abriga, não importa o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil) (SANTOS, 2001, p.84).

Essa concepção abrange, ainda, um novo sentido quando deslocada de uma concepção linear, própria à noção de limite ou divisória internacional, para uma concepção de área ou região de fronteira. Impõe-se a distinção entre faixa e *zona de fronteira*. Nesta direção,

[...] a faixa de fronteira constitui-se uma expressão de jure, associada aos limites territoriais do poder do Estado, o conceito de zona de fronteira aponta para um espaço de interação, uma passagem específica, um espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialidade mais evoluída são as cidades gêmeas (GRUPO RETIS, 2004, p.1).

Nesta perspectiva a fronteira, enquanto conceito político, conforma “espaços com particularidades institucionais e de práticas sociais. Assim nas bordas dos países os limites são territórios dinâmicos que constituem processo de troca espacial, socioeconômica, demográfica e cultural específico” (BARCELOS apud GUIMARÃES, 2005, p. 18).

Considerando o exposto, a fronteira se torna um produto decorrente de processos e interações econômicas, culturais e políticas, tanto espontâneas quanto promovidas. A zona de fronteira, nesta ótica é o espaço teste de políticas de integração e cooperação, espaços de expectativas e transações do local e do internacional.

No Brasil, a definição e a conceituação constitucional de fronteira adotam e incorporam, ainda, uma perspectiva tradicional, sendo pautada numa visão conservadora de território. Isto porque o território é um tema que está ausente na Constituição brasileira.

Quando se identifica alguma remissão ao conceito, no texto constitucional, esta ocorre na forma clássica, como se o mundo não houvesse mudado e, com ele, o país, ainda que o Brasil seja um país com imensa extensão continental fazendo divisa territorial com inúmeros países da América do Sul (SANTOS, 2001).

Nas fronteiras brasileiras, a ligação entre os países se dá por diversas vias, podendo ser por vias urbanas, nas quais os fluxos e trânsito entre as fronteiras são intensos; ou são dificultados por acidentes geográficos, os rios, montanhas e reservas florestais, nas quais o fluxo de pessoas e mercadorias é menor. Essas ligações comportam particularidades e peculiaridades, dependendo de cada região, como aponta Muller (2005a). Dependendo do país com o qual o Brasil faz fronteira, as relações se estabelecem de forma peculiar. Mesmo que se diga que há inúmeras semelhanças entre os povos que habitam o sul da América Latina, as diferenças culturais são marcantes. “Tratar as fronteiras do Brasil com o Uruguai, a Argentina, o Paraguai e a Bolívia como se fossem iguais é visualizar esses pontos de contatos com uma visão distorcida da realidade” (MULLER, 2005, p.1).

Entende-se, a partir do apresentado, que a fronteira não pode e nem deve ser apreendida como um dado *a priori*, pois a sua definição remonta aos processos peculiares na sua origem e conformação. Nesta definição, muito mais sócio-espacial do que topográfica-burocrática, devem ser levados em consideração os antecedentes históricos, os fluxos de interação social econômica, política, jurídica, financeira e comercial presentes nesses espaços.

No Brasil, a faixa de fronteira foi definida como área geográfica sob regime jurídico pela primeira vez em 1890, através da lei 601, de 18 de setembro. Atualmente os instrumentos legais que regulamentam a ocupação na *faixa de fronteira*, são a lei nº. 6.634 de 2 de maio de 1979 e o Decreto Presidencial nº. 85.064 de 26 de agosto de 1980, que considera a *faixa de fronteira* como área de Segurança Nacional (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL - MI, 2004).

A Constituição brasileira, ao identificar as fronteiras ou municípios de fronteira a partir de uma definição constitucional, pautada numa visão tradicional que tem sua base na defesa do território, classifica como faixa de fronteira a área compreendida dentro de cento e cinquenta quilômetros perpendiculares à linha limite do território brasileiro. Em discussões mais recentes, o país adotou o conceito linha de fronteira que serve para delimitação do território municipal que compõe a divisa nacional (GUIMARÃES, 2005, p.19). A linha de fronteira do Brasil com o Mercosul é “formada por 69 municípios de quatro Estados sendo 29 municípios localizados no Rio Grande do Sul, 10 em Santa Catarina, 18 no Paraná e 12 no

Mato Grosso do Sul, os quais todos juntos somam aproximadamente um milhão e quinhentos mil habitantes” (MI, 2004).

Segundo Muller (2003), os conceitos zona de fronteira ou fronteira zona, faixa de fronteira ou fronteira-faixa e linha de fronteira ou fronteira linha, assinalam uma visão tradicional por não abarcarem os conteúdos ídeo-culturais e político dos processos sociais peculiares de região fronteira. Neste sentido, estas definições envolvem mais aspectos topográficos-burocráticos e de regulação econômica e fiscal, reduzindo a uma questão geográfica eleitoral ou de partilha de impostos, perdendo de vista este espaço como base da vida material que transcende a nação, mas cujo uso, em última instância, é regulado pelo Estado (SANTOS, 2001, p.21).

Convém destacar que, no Brasil, a partir de 2004, o debate sobre fronteiras tem ganhado força e expressão através do Ministério da Integração Nacional - MI. Este debate incorporou uma visão ampliada da fronteira, de forma a apreender todos os processos peculiares a essa região, tendo como referência o local, privilegiando deste modo à especificidade de cada *faixa de fronteira*.

A Secretaria de Programas Regionais do MI criou um Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira, contando com a colaboração do Grupo Retis do Instituto de Geociência da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Neste Programa o Grupo elaborou as *Bases* para a constituição de uma *Política Integrada de Desenvolvimento Regional Para a Faixa de Fronteira*.

As bases da proposta de política integracionista para as faixas de fronteiras brasileiras propõem diversificadas diretrizes em direções diferentes, que focalizam e visam fortalecer o local, ou seja, a implementação dessa política deverá ter como ponto de partida a cotidianidade de cada município localizado nas fronteiras brasileiras.

As diretrizes presentes nesta proposta englobam o *Fortalecimento da Cidadania* com vistas a garantir a plena cidadania na *Zona de Fronteira*. Para que tal fortalecimento se realize, a estratégia a ser utilizada é a ampliação da oferta e o acesso da população fronteira aos serviços básicos, culturais e/ou sociais de consumo coletivo. Os temas que envolvem essa diretriz são: identidade, saúde, educação e terra (GRUPO RETIS, 2004).

Uma segunda diretriz contempla o *Desenvolvimento Econômico Integrado*, tendo como objetivo estimular o desenvolvimento econômico da *zona de fronteira* a partir da integração entre as economias locais. Para esse processo ganhar legitimidade propõem-se as seguintes estratégias: fomentar a complementaridade e a diversificação das economias locais; delimitar, conceber e instrumentar áreas com regime especial em áreas adjacentes ao limite

nacional com maior potencial de interação regional (nas cidades gêmeas e suas respectivas áreas de influencia); facilitar a livre circulação de pessoas, bens, capitais e serviços *de zona de fronteira*, e promover a integração da infra-estrutura na *zona de fronteira*. Esta proposição privilegia a integração transfronteiriça, o apoio a produção, o comércio local, o trabalho, os investimentos e as telecomunicações (GRUPO RETIS, 2004).

A terceira diretriz está relacionada ao *Fortalecimento Institucional*, visando garantir a sustentabilidade das ações do Plano de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira (PDFF). Esta diretriz busca reconhecer as potencialidades locais de cada município que compõem as sub-regiões fronteiriças, tendo como vetor importante a compatibilização de informações para os parceiros, sejam eles locais, regionais, nacionais ou estrangeiros, primando pelo desenvolvimento da competitividade na *faixa de fronteira* (MI, 2004).

O *Desenvolvimento Econômico* se coloca como a quarta diretriz do plano, e tem como objetivo conhecer as condições econômicas das populações fronteiriças, entendendo que o dinamismo econômico é a condição necessária para se melhorar os níveis de condição de vida da população e integração regional. A estratégia proposta para implementação dessa diretriz está na articulação das três esferas de governo e nas instituições de pesquisa, com vistas à qualificação profissional entre outros.

Um outro avanço do MI, detectado nas discussões acerca da fronteira são as tipologias das interações fronteiriças criada para o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira em 2005. Segundo esta tipologia é possível identificar cinco tipos dominantes de interação: *Margem, Zona Tampão, Frente, Capilar e Sinapse* (PEITER, 2005, p.40).

Na interação considerada *Margem*, a população fronteiriça de cada lado do limite internacional mantém pouco contato entre si, exceto do tipo familiar ou para modestas trocas comerciais. As *Zonas-Tampão* são aquelas em que o Estado Central interdita o acesso à faixa e à zona de fronteira, criando parques naturais nacionais etc. Contudo, podem existir relações do tipo familiar, cultural ou de ordem comercial entre as populações de cada lado do limite internacional. Essas áreas geralmente são *zonas de tampão* indígenas. (MI, 2004)

O terceiro tipo de interação identificada denomina-se *Frente*. É um tipo de interação fronteiriça que engloba as frentes de povoamento, as culturais, as indígenas e as militares que são formas de ocupação da fronteira condicionadoras das interações transfronteiriças. A interação transfronteiriça *Capilar* é aquela em que se estabelecem trocas difusas entre vizinhos fronteiriços, através de limitadas redes de comunicação, cuja primazia é local, antes de ser nacional ou bilateral (PEITER, 2005, p.40).

A interação fronteiriça, caracterizada de *Sinapse*, descreve uma situação de interações

intensas, constantes e permanentes. A interação local é importante para as cidades que dependem da interlocução freqüente com o outro lado da fronteira. Esta situação cria a necessidade de investimento em infra-estrutura social e de comunicação. Assim, os países com interação do tipo sinapse, em grande parte, estabelecem acordos binacionais que contemplem especificidades locais. Destaca-se que este tipo de interação é característico das cidades gêmeas (MI, 2005; PEITER, 2005; GRUPO RETIS, 2004), ou seja, aquelas cidades situadas a até 10 km da linha de fronteira.

Observa-se nas exposições realizadas que as definições de fronteira e todos os demais conceitos que com ela caminham, território, territorialidade, fronteira zona apontam para o caráter dinâmico dos processos sócio-espacial, demonstrando a impossibilidade e os equívocos que podem ser cometidos na delimitação da fronteira como um território único. A dinamicidade do trânsito entre as cidades nessa região torna-a sujeita a modificações, transformações e adaptações constantes que extrapolam os limites territoriais. Nesta direção, constata-se que é questionável apreender e abordar a fronteira com uma noção unívoca de território.

## 2.2. A FRONTEIRA BRASILEIRA DE FOZ DO IGUAÇU - BRASIL COM CUIDAD DEL ESTE - PARAGUAI: APRESENTAÇÃO DE UM ESPAÇO

Foz do Iguaçu é um município situado na fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina. Localizado na região do extremo oeste do Estado do Paraná, o município ocupa uma posição geográfica privilegiada: ao sul faz divisa com Puerto Iguazu - Argentina e a oeste com Ciudad Del Este - Paraguai. Esse limite territorial que demarca as divisas com os dois países caracteriza o município como linha de fronteira e uma cidade gêmea. Desta localização geográfica é que se originou a denominação tríplice fronteira.

O Brasil se liga ao Paraguai pela Ponte Internacional da Amizade e à Argentina pela Ponte Tancredo Neves, a Ponte da Fraternidade. Paraguai e Argentina usam o território brasileiro como ligação. Ônibus regulares de linha circular urbana internacional fazem o transporte de passageiros entre as três cidades há muitos anos, como se fizesse uma rota de bairro/centro/bairro de qualquer cidade (ACIFI, 2003, P.6).

Considerando a classificação adotada pelo MI, Foz do Iguaçu é uma fronteira que integra o Arco Sul do território nacional. É considerada a cidade mais importante da região da



tríplice fronteira, contando com um afluxo turístico de diversos países, de outras regiões do Estado brasileiro e do Cone Sul, apresentando as melhores condições de acessibilidade da fronteira do sudoeste (PEITER, 2005).

As primeiras preocupações com a fronteira brasileira (nacional) e paraguaia (internacional) datam da segunda metade da década de sessenta. São decorrentes do reclame da posse do rio Paraná pelos dois países (Brasil e Paraguai) devido aos anúncios da construção de um mega-empendimento, denominado Usina Hidroelétrica de Itaipu (UHI), a qual transformaria a riqueza hidráulica em fontes permanentes de divisas associada à fatura de trabalho e de dinheiro (MAZZAROLLO, 2003).

As preocupações foram diluídas com a elaboração da Ata do Iguazu assinada pelos dois países em 22 de junho de 1966, documento que indicava a formação de uma Comissão Mista de Limites e Caracterização da Fronteira Brasil e Paraguai que proclamava:

A disposição de proceder, de comum acordo, ao estudo e levantamento das possibilidades econômicas, em particular os recursos hidráulicos pertencentes em condomínio aos dois países, do Salto de Sete Quedas, e estabelecendo que a energia eventualmente produzida pelos desníveis do Rio Paraná, desde inclusive o Salto de Sete Quedas até a foz do Rio Iguazu, seria dividida em partes iguais entre os dois países (MAZZAROLLO, 2003, p.23).

Desde então, não houve, nesta fronteira, qualquer indício de litígio, pois com a assinatura da Ata do Iguazu deu-se a implementação do projeto hidrelétrico, que anunciava a formação do reservatório do rio Paraná. Com a formação deste reservatório a área de litígio fronteira ficaria submersa e, portanto o assunto resolvido. (MAZZAROLLO, 2003, p.23).

No entanto, verifica-se que a cidade, até meados da década de 1960, se caracterizava como um “paraíso perdido”, capaz de responder a todas as solicitações demandadas pelos seus munícipes. Porém com o início da construção da UHI, a pacatez de cidade interiorana começou a se desintegrar dando lugar a novas estruturas que se moldavam rapidamente à fronteira, a partir das novas relações sociais produzidas com a chegada da Itaipu.

Por fim, como resultado dessa modernidade implementada na selva subtropical, na fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina, expressa, em sua configuração acabada, pela usina de Itaipu e pelo poder que dela emanava e que a todos envolvia, buscamos destacar aquilo que mais marcante sobrou como herança da implantação daquele projeto para a cidade e sua população: a transformação do espaço urbano de forma radical e abrupta; a emergência de uma população pobre, que passou a buscar alternativas de sobrevivência através de empregos informais, de expedientes ilegais, que desembocam num incremento significativo da criminalidade (CATTA, 2002, p.21).

Foz do Iguaçu foi rapidamente transformando-se num pólo receptor de pessoas de todas as regiões do Brasil e de outros países que, seduzidas pelas possibilidades trazidas pelo projeto modernista de construção da UHI, chegavam à cidade em busca de melhores condições de vida e trabalho.

Segundo Catta (2002) e Mazzarollo (2003), a grande densidade populacional concentrada no espaço da fronteira proporcionava, aos olhos das pessoas que em Foz do Iguaçu residiam, um cenário grotesco. Cenário demarcado pela falta de higiene e pelo número excessivo de ambulantes revendendo produtos adquiridos no Paraguai, além de índios argentinos e paraguaios que ali faziam ponto para vender seus artesanatos.

Ressalta (Catta, 2002), que entre 1963 a 1973, pouco se alterou na configuração espacial da cidade que contava apenas com uma rua asfaltada, o que não se constituía problema para um município de ares interioranos longínquos de grandes centros urbanos e que sempre vivera isolado das projeções da capital, sem experimentar qualquer influência significativa em sua configuração espacial e cultural.

Rapidamente o município ia se constituindo como uma zona fronteira marcada pelo distanciamento da vida nacional da qual fazia parte, por estar muito distante do governo central, pólos de tomada de decisão da vida nacional. (MULLER, 2003a). Diante do exposto, tem-se um Estado brasileiro que estabelece divisa nacional com o Paraguai através do município de Foz do Iguaçu, marcado por particularidades distintas influenciadas pela organização do espaço, base econômica e fluxo inter/transfronteira que proporcionam características particulares à formação de uma identidade cultural e fronteira (MULLER, 2005b).

Nesta fronteira nacional, a influência de ambos os lados ultrapassa as barreiras, cruza os limites, por vezes de forma silenciosa e de outras conflituosas, dando materialidade ao fenômeno social de “fronteira tornando-a “viva”, porosa diluída, borrada e extremamente dinâmica a partir da ação do homem” (MULLER, 2005, p.2).

O trânsito desses estrangeiros sempre foi livre e constante entre as cidades vizinhas da fronteira, Foz do Iguaçu, Ciudad Del Este e Puerto Iguazú. Assim, observamos que nessa fronteira as inter-relações culturais, econômicas, sociais e políticas não poderiam ser senão de tal frequência e intensidade que costumes, experiências, gostos, moedas e língua se intercambiavam e se misturavam, num hibridismo digno de uma mini-Babel do Século XXI. Ou, quem sabe “uma reedição tardia, talvez” uma caricatura da tradição do século XIX, num espaço de fronteira onde de fato a fronteira inexistia, onde tudo é possível, desde transitar, até engajar-se no mercado de trabalho (CATTÁ, 2002, p.30).

Para os munícipes de Foz do Iguaçu, portanto, essa fronteira nunca existiu, a situação desencadeada gerou um novo complexo urbano aprofundando a transnacionalização pela facilidade do trânsito inter/transfronteira decorrentes do livre acesso e circulação tanto de pessoas, quando de mercadorias, etc. Esse espaço passou a contar com um alto índice de indivíduos binacionais ou transfronteiriços, em que os binacionais são aqueles cujo domicílio está situado de um lado da fronteira, mas que, por motivos diversos, transitam permanentemente entre fronteiras. Já os transfronteiriços são cidadãos ou famílias da mesma nacionalidade, mas que vivem de lados diferentes da fronteira (brasileiros que residem no Paraguai e considera-se também a situação inversa) (ASTORGA, 2002, p.29).

Pois o complexo urbano formado pelas três cidades da fronteira que supera a casa dos 770.000 habitantes, banhadas pelos rios Iguaçu e Paraná, formam um conjunto *sui generis* que mescla nações, raças, línguas, costumes e moedas que convivem em harmonia. Assim a integração, faz pare do dia-a-dia dessas cidades de tal sorte que parece não haver fronteiras. De maneira geral as pessoas transitam como se estivessem no seu próprio bairro, bastando portar um documento de identidade que muitas vezes não é preciso exibi-lo (ACIFI, 2002, p.3).

Mediante o exposto, pode-se então classificar essa fronteira como uma “fronteira viva”, a qual Padrós (1994, p.76) denomina como “caracterizadas por uma presença demográfica relativamente importante e por uma estrutura social complexa,” manifestando uma “integração informal que sobrevive às conjunturas políticas e de corte”. As relações e processos sociais construídos nesses espaços derivam da forma de organização e fortalecem as economias locais e regionais levando o homem fronteiriço a criar estratégias para sobrevivência nestas regiões.

Deve-se destacar que, pela intensa troca entre as populações fronteiriças, Foz do Iguaçu se caracteriza como uma interação transfronteiriça do tipo *Sinapse*, na qual os grupos que se situam além da linha de fronteira têm maior alcance da extensão territorial. Potencializa a interação tipo *Sinapse* o intenso e permanente intercâmbio transfronteiriço ativamente apoiado pelos Estados, por acordos binacionais e até mesmo por pactos verbais.

Em se tratando da fronteira de Foz do Iguaçu, deve-se acrescentar a existência de uma fronteira barreira, que não deve ser considerada na contemporaneidade um fator limitador. Segundo Muller (2003), com o avanço tecnológico essas barreiras foram e são superadas constantemente pela construção das pontes e aprofundamento dos laços entre os homens, permitindo o trânsito permanente entre os países. Neste sentido, as relações estabelecidas entre homens na fronteira têm como fundamento os antecedentes históricos, suas condições de

comércio e de interesse. Reiterando tais apontamentos a autora pontua que:

Nestes espaços, inexistem, com frequência, fronteiras barreiras já que há ação e interação dos agentes fronteiriços, estimulando dinâmicas específicas e informais. É indiscutível que os enlaces que ocorrem entre os pontos de contatos, principalmente urbanos, entre os países do Extremo Sul da América Latina propiciam interações. Tais fronteiras como ressalta Grimson (2000) são interestatais, não são naturais, nem necessariamente produtos de acordo históricos que surgiram de ralações de força entre os Estados e suas relações com populações locais; as identificações diferenciadas que surgem e se negociam na fronteira se vinculam a interesses das populações locais e as suas necessidades de organização social. (MULLER, 2 003a, 2005b, p.3 e 2)

A partir do exposto, se reconhece a necessidade de tratar a fronteira como um fenômeno social, fundada numa visão crítica de território portador de peculiaridades inerentes a sua formação sócio-espacial, nas quais as identidades fronteiriças são formadas em função dos processos sócio-históricos e de suas instituições. (PEITER; 2005; SANTOS, 2001) Assim, debater sobre a fronteira significa:

Pensar o fenômeno fronteira requer uma reflexão ampla que atenda vários fatores colocados de modo imbricado e que fazem parte das dinâmicas sociais de diferentes contextos. Ao definirmos um espaço específico para analisar tal fenômeno é fundamental acionar uma série de dispositivos que dêem conta da questão tratando-a como processo. Trabalhar sobre tal perspectiva pressupõem um engendramento entre os diversos campos que constituem o tecido social, em especial, o tecido social urbano, levando em conta a diferença, considerando que esta é essencial para o significado e que este é crucial a cultura (MULLER , 2005, p.3) .

Nesta direção, a fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai apresenta uma dinâmica permanente de superação de desafios para a criação de uma identidade fronteiriça, marcada pela diversidade de culturas e modos de ser distintos, afastada do rótulo do comprismo, contrabando, narcotráfico, através da construção cotidiana de estratégias de aproximação. Nesse espaço criam-se alternativas de articulação para possibilitar maior aproximação entre os homens fronteiriços.

Assim, a apropriação da fronteira como território numa visão ampliada é a única forma de entender a vida, suas relações e os processos sociais que dela decorrem e que inexistem fora do território, do espaço local. O desenvolvimento do território pode gerar formas intermediárias de governo, com organização política própria, identificação e ação sobre interesses concretos da população local, podendo produzir algum tipo de cidadania, de possibilidades de escolher a própria vida. (MELO E VILASBÔAS, 1995; SANTOS, 2001).

Nesta perspectiva, a fronteira não pode ser pensada somente enquanto espaço

geográfico, pressupondo em primeiro plano a existência de uma unidade federativa ou um Estado, mas deve ser concebida a partir dos processos sociais que deste espaço se originam. Por maiores que sejam as distinções de língua e cultura, dá-se a convivência cotidiana entre os sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, etc., geradores de contradições entre as realidades local, regional e do conjunto de normas e práticas dos países (GUIMARÃES, 2005, p.18).

Observa-se que essa interação buscada entre os homens na fronteira estudada não estabelece nenhuma relação com os acordos do Mercado Comum do Cone Sul - MERCOSUL<sup>18</sup> - muito embora essa instância tenha como eixo de discussão a integração, nacional e regional entre os Países Partes, porém, pautada em acordos econômicos como afirma Muller,

Em se tratando de MERCOSUL o discurso integracionista é forte. Porém, como nos demais blocos econômicos está pautado em acordos econômicos. Se a idéia é alcançar êxito em um processo que visa a integração entre os povos, fortes alterações deverão acontecer, como o que se passou com o bloco europeu, embora o exemplo não corresponda ao ideal sonhado e defendido por iniciativas integracionistas. Os avanços terão de ocorrer em mais de uma matriz, não só a pautada em avanços econômicos, mas envolvendo entendimentos nas áreas social e cultural de modo a se configurar num verdadeiro processo de integração (MULLER, 2003a, p. 4).

Desta forma, o discurso integracionista incorporado pelo MERCOSUL deve atender as dinâmicas particulares das fronteiras do Sul da América Latina, em especial as fronteiras brasileiras, nas quais os processos sociais já estão particularmente constituídos na conformação de uma possível identidade fronteiriça. Pois integrar não deve ser apenas um somatório de possibilidades segundo Muller (2003), mas de criação de novos espaços de interação e negociação nas quais a identidade nacional seja preservada, com ampliação do contato com outras identidades nacionais.

Há que se destacar e considerar que as políticas sociais no atual estágio do Mercosul encontram-se ainda como um projeto embrionário, muito embora tenham sido criadas,

---

<sup>18</sup> Mercosul criado em 26 de março de 1991 através da assinatura do tratado Constitutivo do Mercosul, conhecido como Tratado de Assunção, tem como principal objetivo o desenvolvimento de uma agenda de integração do cone Sul. Inicialmente o Mercosul contou com dois fatores de estímulos significantes em que o primeiro está relacionado a formação de uma cultura de integração relativos aos sucesso do Programa de Integração entre Argentina e Brasil (PICAB), e em segundo o aprofundamento de outros processos de integração envolvendo países americanos dos quais ressalta a retomada de relações com o Caribe. O Mercosul envolve e busca organizar uma experiência integracionista de mercado comum, objetivando assegurar a livre circulação de bens serviços, e fatores produtivos entre os países, no qual as pessoas se constituem em um dos “fatores produtivos”. A ausência de expressa referencia à eliminação de barreiras opostas a livre circulação de pessoas vem sendo comumente apontada como um indício do Tratado de Assunção. (FREITAS Jr, 1997, p.25-37).

multiplicadas e fortalecidas no interior do sistema das instituições dedicadas a essas discussões (DRAIBE, 2006).

Nota-se que as políticas sociais no âmbito do Mercosul não têm caminhado com a mesma rapidez, progresso e intensidade que as políticas comerciais aduaneiras, industriais e agrícolas. A unificação das políticas sociais e até mesmo a sua criação somente tem avançado no horizonte e meta do Mercosul Social criado em 1994.

Neste sentido, o trato dado à “questão social” no contexto da integração regional ao longo dos anos 90 ocorreu no interior do Mercosul Social, através da proposição de políticas sociais integracionistas de caráter unificado ou complementar. Porém estas proposições têm avançado somente no plano do debate intelectual e institucional. É inegável o amadurecimento e a ampliação conceitual que caracterizam os caminhos e os temas sociais da integração alcançados pelo Mercosul Social, porém a sua real efetivação não conseguiu ultrapassar o plano do discurso oficial.

Registra-se que, no plano das políticas sociais, as discussões têm sido reduzidas aos direitos laborais e, mais recentemente, a aspectos previdenciários e de saúde, enquanto componentes da agenda multilateral do comércio considerado como elos de fortalecimento da circulação de trabalhadores.

Draibe (2006), atenta, no contexto de discussão do Mercosul Social, a menção à criação de políticas sociais unificadas que reivindicam a emergência de uma cidadania supranacional. Para o êxito de tal proposição, segundo a autora, seria necessária, num primeiro momento, a harmonização das políticas sociais formalizadas por acordos bilaterais e de complementação mútua. Em um segundo momento a unificação *stricto sensu* das políticas sociais que requisita uma cidadania social supranacional fundada em direitos sociais mínimos e comuns, na qual deveriam existir políticas igualitárias.

As discussões envolvendo as fronteiras brasileiras no Mercosul Social emergiram no primeiro quartel do século XXI de maneira secundarizada. Não se identifica, nas literaturas consultadas, tratamentos específicos na perspectiva das políticas e programas sociais. O trato remetido às fronteiras no Mercosul Social está relacionado às tentativas de correção das debilidades dos processos que envolvem estas discussões, através de estabelecimento das comunidades fronteiriças para a sua implementação. Esta estratégia aproxima-se, e muito, de uma forma de lapidação dos direitos laborais, pois através deste mecanismo a tentativa é de facilitar a circulação de pessoas e trabalhadores, a documentação, assim como assegurar os direitos à seguridade social (DRAIBE, 2006).

Desta forma, identifica-se que mesmo havendo nas fronteiras uma condição favorável

a integração, esta não ocorre porque há um unânime reconhecimento que as perspectivas de integração social no âmbito das políticas sociais não é tarefa fácil, considerando que a integração comercial e aduaneira é a prioridade.

Nas discussões do Mercosul Social, os direitos sociais ligados ao comércio e à aduana são o destaque principal e a fronteira envolta de uma concepção de territorialidade não é levada em consideração e nem as formas de produção e reprodução da vida social dos homens que nela habitam.

Nesse espaço de fronteira observa-se que homem que nele habita, por si só, tem uma predisposição a integração, pois a eles a noção de espaço e nacionalidade inexistem ou são tão abstratas quanto a idéia de uma linha demarcatória que o separa de outro país. Nesta acepção a fronteira nasce de um “fenômeno da vida social espontânea, designando a margem do mundo habitada” (PEITER, 2005, p.35). Isto porque,

São espaços nos quais o local e o internacional se entrelaçam, estabelecendo vínculos e dinâmicas próprias, construídas e reforçadas pelo homem fronteiro. Neles estão presentes as identidades e as culturas nacionais de cada um dos países envolvidos. Acreditamos que ali também é construída, reelaborada e constituída uma outra cultura e identidade diferenciada, capaz de dar conta da demanda específica do local (MULLER, 2005b, p.1).

A conformação da fronteira incorpora o processo sócio histórico e os aspectos geográficos sob o qual ela se originou e se desenvolveu. Neste termo, o local se configura como a especificidade e a peculiaridade inerente ao espaço da cidade, onde se constituem as organizações, ou seja, no dizer de Peiter (2005) o lugar onde existem modos de vida sujeitos a instituições peculiares que se dão ali e não em outro lugar.

Enquanto fronteiras, as cidades sustentam uma dinâmica que garante a permanência ou apresenta transformações, pois é a partir dela que se imagina o local (CANCLINI, 2001). Neste sentido as “cidades são pontos nodais de articulação entre o local, o nacional e o global realizando um movimento complexo e intenso colocando vis-à-vis situações opostas” (MULLER, 2005 b, p. 5).

Observa-se ainda que o próprio conceito de fronteira é empregado de forma diferenciada pelo não morador nessas regiões e pelos que ali habitam. Para os moradores de fronteira, a linha demarcatória não abarca critérios geopolíticos, pois se entendem como sendo “da fronteira”, incluídos num processo social diversificado, complexo e amplo, delegando ao governo nacional a responsabilidade pela definição dos contornos do país (MULLER, 2003a).

Assim, nas fronteiras nacionais, os laços de fraternidade e as assimetrias são

elementos presentes no dia-a-dia da comunidade fronteiriça, em se que constata a inexistência dessa linha demarcatória com todas as suas adjacências para algumas questões. Pois a aparente facilidade do trânsito interfronteiras torna-se complexo quando se refere ao acesso à esfera pública de qualquer um dos países, mais especificamente o acesso às políticas públicas. Nesta dimensão a fronteira adquire um outro sentido, envolto de concepções teórico-conceituais e jurídico-políticas que interferem diretamente na vida dessas populações, e, em especial, no caso da fronteira do Brasil com o Paraguai.

### 2.3. MOBILIDADE FRONTEIRIÇA BRASIL - PARAGUAI

Foz do Iguaçu, cidade localizada na região do extremo oeste do Paraná, na fronteira dos países Argentina e Paraguai, é um município que desde a sua colonização convive com fluxo populacional migratório constante, por ser dotada de riquezas naturais ecológicas que a muitos permitiram fazer fortuna.

Aparentemente não haveria nada de especial numa cidade localizada na região do extremo oeste do Paraná, com uma área territorial de 550Km<sup>2</sup>, se este município não estivesse situado estrategicamente na fronteira de três países, Brasil Argentina e Paraguai. Nesse espaço se localiza uma das maiores belezas naturais mundialmente reconhecidas, as Cataratas do Iguaçu, e uma das mais importantes obras arquitetônicas de projeto modernista, a Usina Hidrelétrica de Itaipu, bem como um intenso comércio de produtos importados na fronteira com o país vizinho, conforme indica Catta (2002).

Ao longo de seu desenvolvimento sócio-histórico, Foz do Iguaçu apresenta uma dinâmica marcada pela exploração de seus recursos naturais, como a erva-mate, a madeira, os recursos hídricos; das cataratas para o turismo; e do rio Paraná para a geração de energia, fatores que pouco a pouco foram alterando as esferas da vida em sociedade nesta cidade.

A chegada dos europeus, marcadamente dos espanhóis (entre eles os jesuítas), àquela inóspita área no século XVIII, e a descoberta da potencialidade econômica da erva mate deram início a uma atividade que teve seus dias de glória em finais do século XIX e as primeiras décadas do século XX com as Obrages, dominadas por Argentinos. Estas eram “um sistema de exploração e de depredação dos recursos naturais, que foi implantado na região”, constituindo-se em “uma propriedade e/ou exploração típicas das regiões cobertas pela mata subtropical, em território argentino e paraguaio”, cuja “existência baseava-se no binômio madeira-erva mate” (CATTÁ, 2002, p. 32).



Alternando de tempo em tempo, as formas e os recursos naturais para exploração, como verificado nos anos 1930, com a passagem da exploração da extração da madeira para a erva-mate, Foz do Iguaçu, até os anos 1970 permaneceu com sua base econômica centrada nessa cultura, o que trouxe para região a devastação de uma ampla área florestal nativa, bem como, um acentuado processo de ocupação por riograndenses, catarinenses, paulistanos e paranaenses oriundos de outras cidades que, incitados pela política de ocupação do território empreendida pelo Governo Vargas durante o Estado Novo, fizeram a conhecida marcha para o oeste, em busca de melhores condições de vida e de trabalho, culminando com o povoamento da região oeste do Paraná (CATTA, 2002).

Observa-se que o município não apresentou um crescimento significativo ao longo dos anos 1940, 1950 e 1960, é na conjuntura dos anos 1970 que o panorama da cidade irá se alterar, configurando essa década num marco excepcional de redimensionamento espacial e cultural da fronteira devido a construção da Usina Hidroelétrica de Itaipu. Segundo Catta (2002, p.33), “nesse mosaico que foi se instaurando a partir da presença sempre crescente de pessoas que ocorreram àquelas plagas vindas de distintas áreas do Brasil, Paraguai e Argentina, engendrou-se um caldeirão cultural no qual falava-se o “portunhol”, o Português, o Espanhol e o Guarani”.

A construção da UHI significou, no contexto da fronteira de Foz do Iguaçu, um novo reordenamento político, administrativo, social e espacial, cuja gênese estava na migração de pessoas vindas de todos os lugares do Brasil e de outros países. Estas pessoas, quando não absorvidas pelo mercado de trabalho local pela falta de qualificação da mão de obra, recorriam ao trabalho informal e até às transgressões legais para garantir a sobrevivência. Segundo Catta (2002), essa situação gerou na fronteira uma discriminação e repressão por parte das elites econômicas, com anuência do Poder Público, das pessoas que viviam de trabalhos informais; a intensificação do favelamento nas áreas periféricas da cidade; o aumento da especulação imobiliária; o alto índice de criminalidade, a formação de um comércio paralelo com produtos advindos dos países vizinhos e o narcotráfico.

Em 1974, ano de início da construção da UHI, a cidade não possuía infra-estrutura capaz de absorver o contingente populacional das primeiras levadas de trabalhadores para a obra.

“Exército” de trabalhadores: moradias insuficientes para abrigar todo aquele contingente, e mesmo possuindo enorme apelo turístico, era deficitária quanto a hospedagem; o sistema de abastecimento de água possuía apenas 1.234 ligações, beneficiando apenas 11 mil moradores; existiam apenas 485 habitações ligadas à rede coletora de esgotos, a rede telefônica tinha “uma capacidade de 600 terminais

de operação”, cuja situação “é de insuficiência , muito grande por sinal” (CATTA, 2002, p.39).

A construção da UHI promoveu um crescimento desordenado dessa fronteira, de tal forma que descaracterizou tanto seu nível espacial quanto cultural. A busca de melhores condições de vida e de trabalho, induzida pela fantasia da riqueza fácil num lugar onde o ilícito é permitido, não criou nas pessoas que para aqui vieram uma preocupação com a criação de laços e raízes na cidade, não havia qualquer compromisso com o espaço que habitavam, pois entendiam estarem somente de passagem.

Acrescenta-se que as características do trabalho em usinas hidroelétricas em muito contribuíram para o agravamento dessa situação vivida na fronteira. O trabalho em barragens criou uma categoria *sui-generis* de trabalhadores, que são nômades por excelência, pois se mudam em função de novos projetos barragísticos, entendendo que estas obras têm certo tempo de duração (CATTA, 2002). Portanto, a permanência das pessoas que trabalham com barragem num determinado local depende do tempo de duração do trabalho.

Essa situação levou ainda à expansão do comércio de fronteira que elevava os lucros comerciais da Ciudad del Este (estimulado basicamente por árabes, coreanos e chineses) que passaram a investir na cidade de forma especulativa (CATTA, 2002).

A cidade foi tornando-se conhecida também como paraíso do turismo ecológico, devido as Cataratas do Iguaçu. Comporta uma população constituída por cinquenta e sete etnias diferenciadas, das cento e noventa e sete existentes no mundo. Desta forma, a futura Usina que se erguia em meio a mata subtropical, estabelecia um novo mundo moderno na fronteira que via ressurgir para a população uma nova concepção da vida em sociedade, uma nova forma de apreender as coisas e as situações ao seu redor, centrada fundamentalmente na idéia de progresso e modernidade.

Nesse contexto de “modernidade” da fronteira, a integração tornou-se parte do dia-a-dia dessas cidades, de tal sorte que parece não haver fronteiras. De maneira geral, as pessoas transitavam e transitam de um país para outro em qualquer sentido, como se estivessem no seu próprio bairro, bastando portar um documento de identidade, muitas vezes sem a necessidade de exibi-lo (ACIFI, 2003).

Observa-se, na cotidianidade dessa fronteira, que jornais, estações de rádio e televisão anunciam produtos e serviços dos três países como se tudo não passasse de uma única cidade. Entretanto, por trás da aparente harmonia e tranqüilidade, esconde-se a elevação do índice populacional pelo acréscimo de aproximadamente 350 mil brasileiros que residem no

Paraguai e a facilidade do trânsito interfronteiras, que superdimensionou a estrutura espacial da cidade.

O que passou a caracterizar o município de Foz do Iguaçu, em meio às transformações ocasionadas pelo Projeto Itaipu, foi uma mescla de brasileiros, paraguaios e argentinos que transitam e vivem no entorno da fronteira, recorrendo às cidades limítrofes para satisfação de suas necessidades na área da educação, saúde, justiça e proteção social. Esta intensa procura ao longo dos anos, segundo discursos do executivo municipal, tem gerado na fronteira de Foz do Iguaçu, um déficit muito expressivo na estrutura dos serviços públicos disponíveis, que são dimensionados em função da população residente e não da flutuante (ACIFI, 2003).

Muito embora Foz do Iguaçu encontre-se numa posição estratégica em relação ao Mercado Comum do Sul - MERCOSUL, entre outros fatores, por sua posição geográfica no contexto das relações comerciais entre Brasil, Argentina, Paraguai, Chile e Equador, esta posição de destaque não trouxe benefícios para a cidade. A população da fronteira praticamente desconhece a essência e a própria existência do MERCOSUL, pois as mudanças geopolíticas, jurídicas e institucionais criaram um território diferenciado e característico dessa fronteira, no qual se desenvolve uma cultura particular tendo como um dos elementos constitutivos a língua, a cultura e a intensa interação transfronteiriça.

Contudo, pode-se afirmar que as alterações provocadas na esfera da vida social pela construção de Itaipu, não alteraram o cotidiano fronteiriço no sentido das facilidades/dificuldades do tráfego transfronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai e/ou trouxeram possibilidades de criação e qualificação de acordos entre esses países. O que ocorreu foi uma ampliação multicultural regional que peculiarizou a fronteira de Foz do Iguaçu em relação as demais fronteiras brasileiras.

Deste modo, o local e o internacional não se alteraram nesta distante fronteira, ao contrário, caminham lado a lado e ora se fundem como uma única esfera, pois o que se passam às margens das cidades de fronteira tanto na Argentina, quanto no Paraguai se coloca muito mais como questão da vida local do que internacional.

Retratar a cidade de Foz do Iguaçu como uma fronteira nacional necessita no dizer de (MULLER, 2005, p.10),

...Pensar a fronteira solicita um exercício interpretativo complexo que seja capaz de compreender a dinamicidade e a rapidez com que se processam as relações estabelecidas entre os povos que habitam as linhas de divisa. Os movimentos de aproximação e distanciamento se sucedem paradoxalmente. Ações que definem a interação, e ate mesmo a integração , entre os habitantes de ambos os lados das bordas nacionais são por vezes visíveis. Porem em determinadas situações, é difícil

detectar, através das práticas culturais colocadas em marcha, qual é a real intenção dos grupos locais para garantir sua diferenciação como comunidade fronteiriça, ou seja, são invisíveis ou ficam diluídas. Da mesma forma, a partir de estratégias acionadas, o diferencial é buscado no sentido de exaltar uma identidade nacional, distinta entre as nações que convivem lado a lado nas linhas de divisas nacionais.

Nesta elaboração apresentaram-se aportes teóricos que podem contribuir na apreensão e compreensão da fronteira brasileira demarcada nesse estudo pela divisa de Foz do Iguaçu com o Paraguai e Argentina, de forma a analisar os aspectos particulares conformativos dessa cidade que, de um lado tem como limite territorial a Argentina e, de outro, o Paraguai.

#### 2.4. OS BRASIGUAIOS

Enquanto fronteira nacional que demarca limites territoriais com o Paraguai e Argentina, Foz do Iguaçu convive com uma mescla populacional *sui-generis* composta por indivíduos identificados como binacionais, fronteiriços, estrangeiros e brasileiros.

Segundo Astorga (2004), a migração fronteiriça entre Argentina, Brasil e Paraguai, se intensificou significativamente nas décadas de 1980 e 1990, em especial nas cidades de Puerto Iguazú, Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este. Ressalta o autor que os padrões migratórios constatados nessas décadas, em muito se diferenciam do observado em décadas anteriores como em 1960 e 1970, pois as características das migrações contemporâneas demarcam distâncias mais curtas com um tempo de duração menor, isto porque o migrante tem levado em conta os fatores tangíveis e intangíveis da migração.

Neste caso aplica - se a função de utilidade da migração, onde o indivíduo faz uma comparação entre os níveis de utilidade do lugar atual de residência com os demais lugares alternativos conhecidos incorpora fatores materiais ou tangíveis (ingresso, possibilidades de emprego, poder de compra etc.) e os fatores não materiais ou intangíveis, tais como: aceitação social, conduta cultural ou idioma (ASTORGA, 2004, p.27).

Reitera o autor, que os fatores tangíveis na migração fronteiriça levam em conta as condições econômicas dos países, a abertura de mercados, ou seja, a facilitação de um comércio de fronteira e os blanqueos<sup>19</sup>, ou anistia migratória emitidas pelos governos

---

<sup>19</sup> Segundo Souto (2001) Blanqueo es un termino metafórico debido a su plasticidad descriptiva, termo que no se encuentran en la bibliografía especializada. En su opinión tres son las denominaciones acostumbradas en el plan

nacionais de cada país para regularizar as situações migratórias dos ilegais. No bojo dos fatores intangíveis, pontua o autor, são consideradas, ainda, as raízes histórico-culturais comuns às zonas em questão.

A nova tendência, observada nas décadas de 1980 e 1990, nas migrações trans-fronteiriças, tem permitido segundo Astorga (2004), a convivência, nessas fronteiras, de diferentes grupos sociais que criam diversificadas interfaces políticas, econômicas e culturais, as quais têm originado uma endocultura com idéias, costumes, tradições e gostos que embora sejam próprio de cada país, incorporam especificidades do Brasil, Paraguai e Argentina.

Este traço, pertencente à sociedade fronteiriça, se expressa através de uma convivência cotidiana da população paraguaia não migrante e não residente que, por exemplo, usufrui de serviços oferecidos no “outro lado” (Brasil e Argentina), tais como: assistência à escola, acesso aos postos médicos e hospitais, atenção de urgência hospitalar (um importante número de mulheres paraguaias são atendidas de urgência no Brasil quando de seus partos), acesso a seguridade social dos outros países por duplo registro de nascimento, dentre outros (ASTORGA, 2004, p.28).

Nesta direção, têm-se observado um aumento do fluxo migratório e o surgimento de novas figuras fronteiriças em que o aprofundamento dos intercâmbios se torna uma constante, pela recorrência à dupla nacionalidade, processos de hibridação cultural ou de mistura de nacionalidades enquanto estratégias de sobrevivência das famílias que habitam nessa região.

Dentro dessa nova perspectiva de migração trans-fronteiriça, surge uma tipologia de migração que se divide em duas categorias. A primeira, segundo Astorga (2004), consiste nos que residem habitualmente em cidades fronteiriças e que migram por longo tempo ou definitivamente e, a segunda, refere-se aos que residem em cidades fronteiriças e migram por dias ou por curtos períodos de tempo.

Na primeira categoria estão os fronteiriços nacionais, população que, ainda que esteja exposta a influências culturais e econômicas do estrangeiro, tem muito pouco contato com o outro lado, seja pela indiferença dos vizinhos, pela incapacidade ou falta de motivação para atuar em outra sociedade diferente da sua, ou porque sua ocupação e/ou nível socioeconômico não lhes exige migrar.[...] Já na segunda categoria estão os fronteiriços binacionais ou estacionais (núcleo Puerto Iguazu - Ciudad Del Este - Foz do Iguaçu e Pousadas - Encarnação em escala menor), que mantém um estreito contato com o outro lado da fronteira e é constituído principalmente por trabalhadores, consumidores, estudantes e famílias que buscam serviços sociais e/ou de saúde” (ASTORGA, 2004, p.28).

Pode-se dizer que a comunidade ou sociedade fronteiriça apresenta uma organização da vida social diferenciada das demais cidades situadas fora da área de fronteira, uma vez que a sua constituição é marcada pelo trabalhador binacional que labuta de um lado da fronteira, mas que reside do outro. O consumidor binacional que satisfaz a suas necessidades em função do preço dos produtos que oscila de acordo com o câmbio monetário de cada país; o estudante binacional, que mora de um lado da fronteira, mas translada para freqüentar o ensino fundamental, médio ou superior. Têm-se assim as famílias binacionais, constituídas por membros de diferentes nacionalidades; famílias transfronteiriças, compostas por membros de uma mesma nacionalidade, mas que alguns de seus membros habitam em lados diferentes da fronteira e, por fim, a família binacional trans-fronteiriça, formada pelo mix família binacional e trans-fronteiriça, as mais presentes e freqüentes nos núcleos paraguaios (ASTORGA, 2004).

Foz do Iguaçu é uma cidade dotada de peculiaridades inerentes à organização sócio-espacial comum à região de fronteira. Esse fato é notadamente enfatizado pelos binacionais, os transfronteiriços, os brasileiros, e os estrangeiros que consolidaram uma sociedade formada segundo (CATTA, 2002, p.37).

[...] por uma elite com interesses cunhados ao longo do processo de ocupação e consolidação jurídico-institucional da cidade; outra estrangeira, estabelecida [ou não] economicamente em território paraguaio, mas possuindo vida social e política em Foz do Iguaçu; e uma terceira imposta via governo federal, quando da montagem técnico-administrativa da Usina de Itaipu.

Na organização da vida social comum e própria da fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai e a Argentina, encontra-se uma diversidade de sujeitos que organizam suas vidas e os processos sociais dela decorrentes dando vida à cotidianidade fronteiriça. Destaca-se que o trânsito populacional na fronteira entre a cidade de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este é muito mais intenso se comparado à fronteira com Puerto Iguazú. Esta dinamicidade da vida na fronteira reordena os espaços da cidade criando os diferentes segmentos populacionais, nos quais se pode identificar os *brasiguaios*.

Na fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai, como afirmado anteriormente, *brasiguai* é a forma como os iguaçuenses, cidadãos brasileiros residentes<sup>20</sup> e domiciliados na cidade, denominam ou identificam os brasileiros que residem e, por vezes, estão domiciliados no lado Paraguaio da fronteira.

---

<sup>20</sup> Residente. Pessoa física com permanência fixa no território nacional. Ver Gomes, Orlando Introdução ao Direito Civil. 18ª edição.

Muito embora alguns munícipes e até mesmo os próprios brasileiros residentes no Paraguai, apontem que o uso do termo ou referência “*brasiguai*” em determinados espaços e momentos agregam um sentido pejorativo, limitador e cerceador de direitos, é assim que esses brasileiros que migraram para o vizinho país são conhecidos e reconhecidos.

A origem dos *brasiguaios* remonta ao final dos anos 1960, quando tanto o governo brasileiro quanto o paraguaio assumiram o compromisso de implementar os planos de desenvolvimento pensados para ambos países, criando condições para o surgimento deste novo segmento populacional.

O fato é que é de autoria de Stroessner a estratégia de substituir os camponeses de seu país, na sua grande maioria descendentes de índios guaranis, pelos colonos do sul do Brasil. A idéia básica era racista: sendo que os colonos descendentes de italianos e alemães, eram mais qualificados para transformar o Paraguai numa potência agrícola. O projeto agradou o governo do Brasil por um motivo singelo: desde a década de 60 vinha sendo tratada a construção, em parceria com os paraguaios da Usina Hidrelétrica de Itaipu. Portanto quanto mais brasileiros vivessem no Paraguai, maior seria a proteção dos interesses do Brasil (WAGNER 2003, p.32).

Segundo Wagner (2003), esses foram os reais interesses que gestaram, num passado brasileiro recente, um plano de migração para os agricultores brasileiros que, expulsos do campo no Brasil em face de substituição da mão de obra do homem pela modernização dos maquinários agrícolas, migraram para o Paraguai e, assim, nasciam os *brasiguaios*. Constituídos em sua maioria por brasileiros oriundos dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e de algumas cidades do Paraná, passaram a ser denominados de “*brasiguaios*” tanto pelo povo paraguaio quanto pelos iguaçuenses.

Assim, os *brasiguaios*, são brasileiros que motivados pelos presidentes do Brasil e Paraguai migraram para aquele país em busca de melhores condições de vida, de trabalho e de propriedade de terra.

Logo no início da colonização, os *brasiguaios* foram presas fáceis da máquina de corrupção que foi a administração do Paraguai. Tiveram problemas de documentação e com legalização de terras e safras inteiras roubadas, sob o cano de armas. Houve até pessoas presas por motivos fúteis, como transitar com bicicleta sem placas. Os *brasiguaios* sobreviveram, em dois grandes grupos: agricultores ergueram cidades, como Santa Rita e outras que levam o nome dos municípios de origem dos colonizadores. E, atualmente, são grandes produtores de soja. O outro grupo incorporou-se ao exército de mão-de-obra excedente dos paraguaios e migrou para o norte do país, na região de Amambay, fronteira com Mato Grosso do Sul. Nessa região, os *brasiguaios* se subdividiram em dois grupos menores: um integrou-se aos movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O outro grupo engrossou as fileiras dos bandos de saqueadores que se multiplicavam na região (WAGNER, 2003, p.33).

Esse projeto, gestado pelos governos brasileiro e paraguaio se consolidou e desenvolveu devido a crescente e intensa crise pela qual vinha passando o setor agrícola no Brasil, nos anos 1960, época em que o pequeno produtor rural estava enfrentando diferentes obstáculos e dificuldades de sobrevivência através de rendimentos oriundos do cultivo da pequena e média propriedade.

As primeiras entradas significativas de brasileiros, em território paraguaio, ocorreram em 1954, e eram em sua maioria compostas por grandes proprietários de terras. A partir da criação do programa "marcha al este" em 1961, com o objetivo oficial de ocupar a fronteira leste paraguaia com camponeses paraguaios, o processo se acelerou com a venda de imóveis rurais a latifundiários e empresas estrangeiras (ZAAR, 1999, p.28).

Diante dessas dificuldades, os agricultores do oeste do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, viram-se tentados a vender suas terras, que aqui no Brasil atingiam alto valor imobiliário, e comprar terras na fronteira, no vizinho país, o Paraguai. Com o produto da venda de terras no Brasil, conseguiam quintuplicar seu patrimônio com terras produtivas e pouco distantes de seu lugar de origem. Estas condições geraram um êxodo regional entre as fronteiras, a ponto de haver cidades próximas à fronteira, composta por mais de 80% de brasileiros. (PALAU, 2001)

Segundo Palau (2001), pequenos e médios empresários familiares, provenientes basicamente dos Estados do Sul do Brasil, foram atraídos para o Paraguai pelas possibilidades de aquisição de terra a baixo custo. Nesta direção, verificou-se que um grande contingente de brasileiros migraram para o Paraguai, mas não alcançaram sucesso. Na visão do autor, a primeira leva de brasileiros migrantes logrou êxito e instalou prósperas colônias agropecuárias e alcançou significativo desenvolvimento econômico e social. Já a segunda leva de brasileiros, foi para trabalhar em terras de proprietários brasileiros como arrendatários e desbravadores, cuja missão era deixar a terra apropriada para o cultivo.

Assinala ainda que uma terceira leva de brasileiros migrou sem qualquer perspectiva e a mercê da própria sorte, tornando-se trabalhadores rurais sem residência, sem domicílio e sem trabalho fixo naquele país, sendo reconhecidos como bóias-frias.

En el momento actual esta migración brasileña con residencia en área rurales, puede dividirse en tres categorías:- la de los pequeños y medianos empresarios familiares, provenientes de los estados del sur de Brasil, que fueron atraídos por las posibilidades de adquirir tierra a precios hasta ocho veces más barata que en su país. Este grupo [...] consolidó prósperas colonias agropecuarias y alcanzó un importante desarrollo socioeconómico en que muchos participan de la vida política del Paraguay; - la de los pequeños agricultores, algunos pequeños propietarios pero que



generalmente arrendatarios o trabajadores diaristas en su país, que fueron traídos por las colonizadoras o enviados por su patrones para encarar las tareas iniciales de habitación de la tierra de monte en agrícola; - la los trabajadores agrícolas desarraigados( van decir sin tierra) , que no tienen trabajo fijo ,o viven en total precariedad en tierra ajenas bajos contratos verbales arbitrarios y en aparcerías precarias”.(PALAU, 2001,p.345)

Tanto Wagner (2003) quanto Palau (2001), são unânimes em suas idéias de que os *brasiguaios* são agricultores brasileiros, basicamente do Sul do Brasil, expulsos do campo pela modernização da lavoura. Estes emigraram para o Sul do Paraguai em busca de melhores condições de vida e de trabalho, enquanto estratégias de sobrevivência, em que alguns lograram êxitos e outros não, muito embora não se tenha uma estimativa exata do número de brasileiros residentes no Paraguai.

En relación al numero de inmigrantes brasileños al Paraguay existe muy bajo consenso, ya que las cifras han sido manejadas con bastante frivolidad en algunos casos y con sesgos políticos otros. Lo que parece quedar claro después de las consultas realizadas con diferentes fuentes es que tanto las ONG, como el periodismo, los líderes políticos, sociales, la iglesia e incluso miembros de la administración gubernamental tienden a elevar los números. Inversamente, los registros censales y migratorios constan cifras muy inferiores (PALAU ,2001,p.345)

Muito embora não se tenha consenso acerca do número de *brasiguaios* residentes no Paraguai, estima-se, a partir de Lima (2005), Wagner (2003) e Palau (2001), que cerca de 350 mil brasileiros vivem em território Paraguaio, chegando a alcançar a cifra recorde de 500 mil no governo do presidente Figueiredo. Em sua maioria são chamados de *indocumentados*<sup>21</sup> pelos paraguaios, pois não possuem documentos, vivem em condições precárias, são perseguidos tanto pela polícia quanto pelo campesinato paraguaio e enfrentam problemas no tocante aos atendimentos e acesso às políticas públicas daquele país. Esses brasileiros, na década de 1990, encontravam-se distribuídos em 63% de paranaenses, 18% de catarinenses, 12% de gaúchos e 7% entre mineiros e nordestinos.

A origem do termo *brasiguaios* data-se do início dos anos 1980, quando retorna ao Brasil a primeira leva de brasileiros residentes no Paraguai, de forma organizada (SPRADEL, 2000). Reitera a autora que o termo se caracteriza pelo discurso político desse segmento populacional constantemente reafirmando a nacionalidade brasileira enquanto agricultores expulsos do Brasil e reivindicando seus direitos de cidadania que lhes deveria ser oferecido pelo Estado brasileiro.

---

<sup>21</sup> *Indocumentado*: termo utilizado pela população paraguaia para designar a pessoa sem documentação. Palau (2001)

"Tal expresión, entretanto, no apareció en ningún documento o noticia anterior al 14 de junio de 1985, cuando - frente a la divulgación de un Plan Nacional de Reforma Agraria en Brasil - más de mil familias así auto identificadas volvieron masivamente del Paraguay y armaron un inmenso campamento en la plaza principal de la ciudad fronteriza de Mundo Novo (Mato Grosso do Sul), reivindicando tierras" (SPRADEL, 2000,p.301).

A identidade *brasiguaios* inicialmente foi criada para referenciar a organização dos brasileiros residentes no Paraguai, de forma a permitir um maior poder de organização frente aos dois países e, por último, diferenciá-los dos demais brasileiros residentes na linha de fronteira. Afirma Zaar (1999), que, se esse era o objetivo, em parte foi alcançado, pois a partir de então todos os documentos emitidos pela Comissão da Pastoral da Terra e pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST, assim os denominavam.

Observa-se que nem todo campesinato brasileiro residente na República do Paraguai aceita ser reconhecido por *brasiguaios*, principalmente os brasileiros que alcançaram certa estabilidade econômica e não tiveram suas propriedades rurais invadidas por saqueadores.

Nos acampamentos, ao mesmo tempo em que a expressão "brasiguaios" é utilizada perante a sociedade para fortalecer o movimento e as reivindicações, internamente, muitos deles não se identificam desta forma. Ao contrário se identificam com as tradições regionais vividas pelos pais e avós. Assim, filhos e netos de pais gaúchos se "sentem" gaúchos, filhos e netos de pais nordestinos se "sentem" nordestinos e jamais "brasiguaios", apesar de terem nascidos em território paraguaio. (ZAAR, 1999, p.131).

Segundo Palau (2001), várias hipóteses são levantadas para explicar tal situação. Na ótica dos autores paraguaios especialistas no tema em questão, estariam relacionadas a um problema de sub-registros, que seria intencional por razões políticas, e não intencional dado à dificuldade de se registrar um segmento populacional altamente instável e em sua maioria *indocumentados*, além de participante de múltiplos movimentos migratórios temporários ou de curta duração.

Na abordagem de Palau (2001), esses colonos brasileiros, na República Federativa do Paraguai, em sua maioria, encontram-se em situação de irregularidade migratória no território nacional, e muitos não têm documentos, principalmente os que migraram nos anos 1970. Isto se deve, na visão do autor, ao fato de que no Brasil não se exigiam esses documentos em nenhum momento. Desta forma, encontram-se famílias brasileiras inteiras sem documentação civil e cujos filhos não possuem certidão de nascimento, nem brasileira, nem paraguaia.

Um dos problemas está relacionado com a documentação destes brasileiros residentes no Paraguai, entre os quais tem sido freqüente, a exigência, por parte de

algumas autoridades paraguaias de altos valores para realizar os trâmites legais, no momento de renovar a autorização para residir naquele País. Além disto, há denúncias de atitudes de violência e arbitrariedade para com os brasileiros quem não a possuía (ZAAR, 1999, p.119).

Um outro problema detectado, nesta mesma direção, é a diferença da normatização adotada tanto no Brasil quanto no Paraguai, para registro da documentação civil, em específico para a certidão de nascimento. No caso de um brasileiro nascido no Paraguai e lá registrado, sendo filho de brasileiro e tendo idade igual ou inferior a dezessete anos e onze meses e vinte e nove dias, pode ter sua situação legalizada no Brasil, via consulado brasileiro no Paraguai. No entanto, se um brasileiro residente no Paraguai registrar-se no Brasil, a situação inversa não ocorre, por ser considerada ilegal no Paraguai.

Segundo (Palau, 2001, p.350), “ciertos políticos brasileños dan la cédula de identidad sin necesidad de que se presente al servicio militar, por política, durante las campañas proselitistas en Brasil”. De acordo com o autor tal postura indica certa conivência brasileira com a ilegalidade, por contrariar a normalizações brasileiras que definem que os documentos expedidos tanto no Paraguai quanto no Brasil devem ser realizados pelas instituições oficiais como: consulado e/ou tabeliões com registros nos órgão competentes e nos cartórios de registro civil.

Essa estratégia, utilizada por muitos *brasiguaios*, decorre de incentivos políticos locais, pois a partir da expedição do registro civil, outros documentos podem ser solicitados, inclusive o título de eleitor, um instrumento necessário para vida política dessa região. Percebe-se que, pela vulnerabilidade social, econômica e política em que se encontram *os brasiguaios* no Paraguai, esse segmento populacional torna-se presa de fácil manipulação por certos políticos residentes no lado brasileiro desta fronteira, haja vista algumas medidas tomadas pelo juiz do Cartório Eleitoral, nos períodos de pleito eleitoral brasileiro, em que fica proibido o traslado de *brasiguaios* por brasileiros de um lado para o outro da fronteira nos diferentes sentidos.

Os *brasiguaios* encontram-se, ainda, submetidos a todos os tipos de pressão e opressão no Paraguai, pois em todos os acontecimentos envolvendo Brasil e Paraguai, especialmente no tocante à circulação de mercadorias e pessoas na Ponte da Amizade, esse grupo populacional sofre represálias por parte da população paraguaia. Ocorrem expulsões e saques das suas propriedades, revogações e mudanças nas leis que permitem a propriedade da terra, chegando ao extremo de confisco de lavouras e terras, entre outras retaliações. Todos estes problemas ocorrem por falta de vontade política, tanto de um lado quanto do outro, em

regularizar a situação dos brasileiros naquele país.

[...] as denúncias também relatam que muitos pequenos proprietários rurais brasileiros, no momento em que adquiriram seus lotes rurais, receberam títulos de propriedade questionáveis quanto a sua validade. Devido a isto, para não serem detidos ou expulsos da área, foram obrigados a pagar várias vezes pela mesma propriedade (ZAAR, 1999, p.121).

Observa-se, portanto, que os *brasiguaios* em certos momentos se situam como instrumentos de pressão para os paraguaios sobre o governo brasileiro. Ou seja, as represálias ou as medidas tomadas pelo governo brasileiro que afetam diretamente a economia ou a política do Paraguai, refletem conflituosamente na vida desse grupo, pois são os primeiros a sofrerem as conseqüências dessas decisões. Essa população vive freqüentemente numa situação de insegurança na zona fronteira pela falta de justiça provocada pela infiltração de facções criminosas ou não, e submetidos a uma não tutela do Estado, tanto pelo governo do Brasil quanto do Paraguai. Vivencia, desta forma, cotidianamente, a exclusão nas políticas públicas, ficando reconhecidos por ambos os países como apátridas.

Com o objetivo de exercer pressão, os trabalhadores rurais paraguaios organizam-se em grupos, intimidam e invadem as propriedades rurais de brasileiros. Segundo depoimentos, a intolerância dos camponeses paraguaios tem atingido principalmente os pequenos agricultores brasileiros do Estado de Alto Paraná. Os brasileiros, donos de grandes propriedades, ainda não se sentem importunados. (ZAAR, 1999, p.128)

De acordo com a imprensa local, os *brasiguaios* são perseguidos porque, como filhos de estrangeiros, não falam a língua guarani (a língua dos autóctones). Sem o conhecimento dessa língua – de acordo com a opinião do chefe do Instituto de Bem-Estar Rural do Estado de Alto Paraná, Mario Ramírez (um dos líderes da perseguição no Paraguai) “não é possível ser paraguaio”. Ainda segundo os periódicos locais, também a falta de conhecimento da língua espanhola (língua oficial) faz com que esse grupo de pessoas não seja considerado brasileiro nem paraguaio. Adiciona-se a isso, a intimidação dessa população pelas autoridades do governo, responsáveis por assuntos de migração, visto que, como cidadãos sem documentos, não lhes cabem direitos de nenhuma espécie<sup>22</sup> (BRAMBATTI, 2005, p.8).

A condição de apátridas deixa-os sem direito à tutela e à proteção do Estado brasileiro ou paraguaio. Isto porque face ao Estado todo indivíduo é nacional ou estrangeiro, estando

---

<sup>22</sup> Dados pesquisados nos Jornais OSP, 28.08.2002, p. 10; e CB, 07.11.2002, p. 19; GP, 11.01.2004, p. 5; 13.01.2004, p. 1, 10).

unido ao Estado pelo vínculo da nacionalidade, a qual representa um vínculo jurídico designando quais são as pessoas que fazem parte da sociedade política estatal (BASTOS, 1999).

Os *brasiguaios* encontram-se submetidos, na maioria dos casos, a essa condição de sem pátrias, pela inexistência de normas jurídicas de direito internacional que fixam critérios uniformes para outorga da nacionalidade (BASTOS, 1999). Esses critérios uniformes relacionam-se à adoção de normas internacionais válidas para todo o país reconhecido como pólo receptor de intensas emigrações. Neste sentido, eles se colocam à mercê da soberania dos Estados nacionais, no caso Brasil e Paraguai, por esses terem o poder de definir quem são seus nacionais, a partir de dois critérios fundamentais: o *jus sanguinis* e o *jus solis*. (BASTOS, 1999).

No primeiro caso, pontua o autor, é considerado brasileiro todo aquele indivíduo considerado filho de pais brasileiros, ou seja, se leva em conta a paternidade. Já no *jus solis* considera-se nacional toda a pessoa que nasce no território do Estado. Ainda, aponta Bastos (1999), que os países de emigração preferem adotar via de regra o critério *jus sanguinis*, permitindo 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.

Verifica-se que o Brasil, na outorga da nacionalidade, adota o critério *jus solis*. Neste caso, são brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, mesmo que sejam de pais estrangeiros e desde que estes estejam a serviço do país. Desta forma, entende-se que nascer no território brasileiro significa nascer em qualquer parte da extensão geográfica e continental brasileira. (BASTOS, 1999, p.67).

Um dos abrandamentos ou exceção do critério *jus solis* remete-se, de acordo com Bastos (1999), aos nascidos fora do território brasileiro, mas que são filhos de pai ou mãe brasileira que estejam a serviço do Brasil, nesta situação aplica-se o critério *jus sanguinis*.

Para os casos que não se enquadram nos parâmetros mencionados a Constituição Brasileira adota critérios rigorosos como expressa abaixo Bastos (1999), que nem sempre são seguidos ou obedecidos em Foz do Iguaçu:

Os nascidos no estrangeiro, de pai brasileiro ou mãe brasileira, embora não estejam a serviço do Brasil, desde que venham a residir na República Federativa do Brasil e optem em qualquer tempo pela nacionalidade brasileira; (isto conforme nova redação da Emenda Constitucional de Revisão nº 3, de 1994); II – São brasileiros naturalizados - os que adquirirem na forma da lei, a nacionalidade brasileira; aos países de língua portuguesa, exige-se apenas um ano interrupto de residência no

Brasil e idoneidade moral; - os estrangeiros de qualquer nacionalidade residentes na Republica Federativa do Brasil por mais de quinze anos ininterruptos e sem condenação penal, desde que requeiram a nacionalidade brasileira (BASTOS, 1999, p. 67-8).

A legislação brasileira mediante a adoção do critério *Jus solis* para outorga da nacionalidade produz a iniquidade social, à qual os brasiguaios ficam submetidos. A esse segmento populacional não são estendidos os abrandamentos e exceções previstos na Constituição Federal de 1988, reiterando a existência dessa iniquidade que “leva esse grupo a viver relativamente isolado e existe a percepção geral de que são discriminados pela comunidade e pelo poder publico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Verifica-se que a condição de “residente” para outorga da nacionalidade e conseqüentemente para a obtenção da proteção estatal, contraria alguns preceitos constitucionais como o direito de ir e vir, contrapondo-se a promessas do passado que gestaram e incentivaram a migração de brasileiros para o Paraguai.

O critério *jus solis*, remete-se a uma compreensão de que ser um cidadão brasileiro ou nacional significa nascer no território nacional, e não nele residir, contrariando desta maneira a forma como esse critério vem sendo reiterado nas políticas sociais na região da fronteira enquanto instrumento limitador e cerceador do direito à saúde.

Diante do exposto, observa-se que, no Brasil, a nacionalidade é unilateralmente concedida, ou seja, o Estado individualmente dita a legislação por força da qual se confere a alguém a condição de nacional, não figurando no direito internacional qualquer prerrogativa que contrarie essa condição, mesmo que seja a favor dos discursos integracionista (BASTOS, 1999). Desta condição resultam algumas situações como a binacionalidade, pessoas com mais de uma nacionalidade, e os apátridas, pessoas que perdem sua nacionalidade antes de adquirir outra, ou seja, por apátridas deve-se entender pessoas que não possuem pátria (BASTOS, 1999, p.69).

A inconveniência resultante da binacionalidade legal para o *brasiguai*, reside na dificuldade de sua obtenção, pelo alto custo financeiro do processo e longo prazo de espera. Da mesma forma que este alto custo financeiro favorece a especulação de estrangeiros que venham residir e investir no lado oposto ou contíguo das fronteiras brasileiras pois, devido a suas condições financeiras, formalizam ou requerem a cidadania brasileira para obtenção da proteção social estatal no Brasil.

No caso de filhos de pais oriundos de país que adote o *jus sanguinis*, nascido em Estado que adote o *jus solis*, ressalta o autor que a ausência de normas jurídicas internacionais

impede a resolução dessa situação em curto prazo. Tal situação é muito comum entre o Brasil e o Paraguai por adotarem critérios diferenciados para concessão da nacionalidade que, por vezes, são contraditórios e ao mesmo tempo pouco compreensíveis (BASTOS, 1999).

Desta situação decorrem alguns problemas, em especial a condição de apátrida, que priva a pessoa de filiação em qualquer Estado, em detrimento da tutela jurídica que lhes concederia o *status* da nacionalidade. Bastos (1999), reitera que mesmo havendo um esforço internacional no sentido de cessar essas situações, a eliminação de problemáticas desta natureza somente ocorrerá quando os Estados uniformizarem sua legislação sobre nacionalidade, o que, na visão do autor, deve acontecer em breve.

Perante o Estado todos são nacionais, estrangeiros ou apátridas. A todos ele submete com igual força, exigindo-lhes obediência em seu ordenamento jurídico. Vincular-se a um Estado, entretanto, não é apenas fonte de submissão, mas também fato gerador de direitos, tão mais amplos estes quanto mais alto o teor na sua organização do poder político (BASTOS, 1999, p.69).

É nesta condição de apátridas que muitos dos *brasiguaios* se encontram, sujeitos sem nacionalidade, mas que devem obediência ao Estado sem ter, na mesma proporção, direitos. A vinculação ao Estado é que permite a fruição dos direitos, porém, estes não são assegurados aos estrangeiros e apátridas na mesma condição que aos nacionais. Aos estrangeiros e apátridas procura-se estender ao menos o gozo dos direitos humanos, ou seja, as condições mínimas a pessoa humana de expressar sua dignidade. (BASTOS, 1999, p.69).

Esta concepção jurídica formal, adotada pela Constituição Brasileira na outorga da nacionalidade e, conseqüentemente, na fruição e usufruto dos direitos sociais, intensifica a perversidade e preserva a condição de sem pátria dos *brasiguaios*, portanto indivíduos não portadores de direito.

Essa situação tem levado os *brasiguaios* a construir estratégias de sobrevivências que aportam um caráter de ilegalidade, mas que se tornam necessárias quando se tem por objetivo assegurar minimamente o direito à vida. Pois, ao terem violado o seu direito à saúde, a partir da não respeitabilidade do princípio da incondicionalidade e da universalidade, componente intrínseco desse direito, o que resta a esse segmento populacional é a produção de vias alternativas de acesso a partir de suas vivências em saúde e doença, visando assegurar a satisfação de suas necessidades de saúde.

As necessidades de saúde demandadas por eles delineiam as formas de produção e reprodução da sua subsistência, fontes geradoras de saúde e doença que levam à busca de boas condições de vida, a necessidade de acesso a tecnologias que supostamente possam

melhorar ou prolongar a vida. É na busca ao acesso a essas ações e serviços que fazem parte ou não do setor saúde, mas que influenciam o processo saúde/doença, que os *brasiguaios* incansavelmente vêm tentando garantir e assegurar o pleno exercício do direito à saúde.

No contexto da fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai, as estratégias que tanto os *brasiguaios* quanto os paraguaios têm construído para acessar bens e serviços de saúde no Brasil são das mais variadas. Neste cenário identifica-se um número expressivo de pessoas que forjam comprovantes de residência no Brasil, mediante pagamento a brasileiros para transferência de contas de água, luz ou telefone em seu nome. O empréstimo de documentos, mais especificamente aqueles que não possuem fotos, como certidão de nascimento, CPF, ou título de eleitor também é comum. A contratação de brasileiros que falam bem a língua portuguesa, a espanhola e a guarani, por paraguaios, como intérpretes, e também como guias, para apresentarem-se em repartições de saúde e outras, também é muito utilizada. Além disso, existem os falsos casamentos e até a falsificação na tradução de documentos expedidos pelo consulado brasileiro no Paraguai (SILVA, 2005, p.11).

Constata-se que as formas encontradas pelos *brasiguaios* para inclusão no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu, expressam a ausência da garantia dos direitos sociais mediante a adoção e a criação de políticas sociais públicas as quais engendrem em seu nascedouro ações e serviços de saúde que atendam as necessidades demandadas pela população fronteiriça. Apontam, ainda, o descumprimento dos preceitos constitucionais em vigência no Brasil, que afirmam o direito a saúde como acesso universal independente de qualquer condição. Nesta direção as indicações do texto constitucional consideram que aos sujeitos sociais, individuais ou coletivos, desprotegidos das políticas públicas, oriundos de novos arranjos internacionais e transnacionais, como no caso dos *brasiguaios*, reserva-se o usufruto do direito à saúde.

O ilícito, enquanto estratégia de satisfação das necessidades sociais e de saúde desse segmento populacional, torna-se um dilema ético para os trabalhadores das repartições públicas no município que, frente a situações dessa natureza, figuram e incorporam o papel de juízes na resolução ou encaminhamentos de possíveis soluções. Neste contexto o direito à saúde perde a sua expressão de direito de cidadania e assume uma postura do “favor”, em que o trabalhador de saúde julga o mérito de quem tem ou não direito a ter direito.

Tal realidade retrata ainda que o sistema municipal de saúde de Foz do Iguaçu, no tocante à atenção das demandas colocadas pelos *brasiguaios*, nem de longe reflete uma organização pautada em torno das necessidades de saúde que indicam uma visão de cidadania estratégica. Trata-se de um sistema de saúde que reduz a atenção para os *brasiguaios* única e



exclusivamente na atenção médica, por entender que o atendimento a esse segmento populacional deve ser efetivado nos casos de emergência e ainda quando comprovadas. Nesta abordagem não se considera, em qualquer hipótese, a possibilidade de uma atenção integral, na qual os condicionantes políticos, econômicos e sociais sejam levados em conta no tratamento dispensando.

Observa-se que o gestor tem utilizado, como forma de enfrentamento e limite impeditivo para inclusão dos *brasiguaios* no sistema de saúde, a adoção de protocolos e critérios para o acesso e utilização dos serviços, dispositivos que privam ainda mais o gozo do direito à saúde.

Destas situações decorre o tratamento dispensado aos *brasiguaios* nas repartições públicas tanto de Foz do Iguaçu, quanto no Paraguai, nas quais fica evidente a discriminação e o cerceamento dos direitos sociais, em específico o direito à saúde, como reitera pesquisa do Ministério da Saúde (MS). “Muitos Paraguaio buscam os serviços de saúde no Brasil, por serem eles insuficientes no Paraguai, assim como outros estrangeiros em situação ilegal no município, pois são discriminados e atendidos apenas em situação de emergência” (MS, 2003). Essa discriminação ocorre no Brasil pela adoção do critério *jus solis*, que impõe a condição de residência<sup>23</sup>. Já no Paraguai as justificativas repousam na forma emblemática de como a política de saúde vem sendo implementada naquele país.

De forma preponderante, as ações e os serviços de saúde no Paraguai são desenvolvidos através de projetos pilotos em municípios localizados próximo à Capital, Assunção. Esses projetos são denominados de “experiências exitosas”, financiadas basicamente por organismos internacionais, neste sentido as cidades às margens da Fronteira com o Brasil, em específico com Foz do Iguaçu, ficam dependentes de algumas contratualidades firmadas por pactuação ou acordos verbais entre os governos locais (SILVA, 2005).

Há que se destacar que, por forças das pressões vividas no Estado paraguaio, os *brasiguaios*, quando obtém êxito em seus empreendimentos no Paraguai, não investem no país onde são residentes, isto se deve à instabilidade constante sob a qual estão submetidos. Constata-se que as medidas do Estado brasileiro relacionadas à circulação de mercadorias,

---

<sup>23</sup> Residência é o lugar onde mora a pessoa física com intenção de aí permanecer, ainda quando temporariamente afastada. A residência pode ser acidental, mais ainda assim se lhe reconhecem os efeitos (Orlando Gomes, “Introdução ao Direito civil”, 18 ed., Rio de Janeiro: Forense, 2001. p.177) ( não há grifos no original). Residência por sua vez, é relação de fato, é o lugar em que a pessoa habita ou tem o centro de suas ocupações (Monteiro, W.B.. ”Curso de Direito Civil – Parte Geral”, 25 ed., São Paulo: Saraiva, 1985, p.125-126) (não há grifos no original) .Portanto notabiliza o conceito de residência um aspecto de ordem fática: a mera relação da pessoa com o lugar em que está e onde quer permanecer ainda que em caráter acidental ou temporário.

peças e automóveis nessa zona fronteiriça, onde se localiza Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este, as cidades gêmeas, geram uma certa tensão entre as famílias brasileiras por serem as primeiras a sofrerem os impactos através de represálias.

Este nos parece ser um exemplo de conflito, que durante décadas se manteve sufocado pelo Estado autoritário e que nos últimos anos ressurgiu como um problema agrário, mas que pode também conter um sentimento xenófobo bastante forte. Um sentimento que talvez represente uma mescla de desprezo e medo por um grupo que não se integrou a sociedade guarani, ao contrário, manteve e impôs uma estrutura cultural distinta, e que por isto, representa uma ameaça à identidade guarani enquanto grupo étnico (ZAAR, 1999, p.129).

A situação de instabilidade à qual está submetida a população *brasiguaiia* tem se intensificado na fronteira de Foz do Iguaçu, isto porque a legislação aponta para uma apreensão e compreensão tradicional e conservadora acerca da inclusão e usufruto dos direitos sociais no Brasil, reforçando a adoção de uma concepção jurídico-formal que concede uma “cidadania de sobrevivência” ou de “2ª classe” correspondendo ao “melhor do que nada”, conforme apontam Stotz e Valla (1994), em que o direito à vida nessa população está constantemente ameaçado, por garantir atenção apenas às emergências. Este comportamento é reiterado pela norma do art.125, XII, da Lei 6.815/80, que dispõem sobre o crime de ocultação de clandestino ou irregular,

O ato do servidor que deixa de atender o estrangeiro por entendê-lo em situação irregular, não significa ocultá-lo. Salvo melhor juízo, portanto, o servidor não comete crime algum, e, ademais, nem mesmo estará obrigado a comunicar a ocorrência às autoridades, haja vista a facultatividade da disposição do Parágrafo 3º do Art. 5 do Código Penal” (GOMES, 2001, p.178).

Entende-se que os *brasiguaios* sem documentação civil, embora portadores de uma condição fronteiriça, sejam estrangeiros ou apátridas perante o Estado brasileiro e nestes casos, a eles nada é permitido, incluindo o gozo dos direitos sociais. Esta não permissão do usufruto dos direitos nos espaços públicos não é considerada um crime. Já para os *brasiguaios* com documentos regularizados ou portadores de nacionalidade paraguaia é permitido o trânsito interfronteiras, desde que apresentem a identidade.

Aos estudantes ou trabalhadores no Brasil, pode ser fornecido um documento especial. No primeiro caso uma carteira de migração, e no segundo a Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS. Porém, os referidos documentos não conferem direito de residência no Brasil, nem autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles

municípios. Portanto, a emissão desses documentos não confere ao estrangeiro de país limítrofe que entra em municípios fronteiriços o direito de usufruto dos direitos sociais e do direito à saúde, conforme preceitua a Lei 6.815/80, art. 21. (GOMES, 2001, p.178).

Em relação aos brasileiros portadores de documentação civil expedida por órgãos oficiais do Brasil, porém residentes nos municípios contíguos à *faixa de fronteira*, não existe inferência na legislação consultada, porém o presenciado na cotidianidade da fronteira é a condição de residente que prevalece. Diante do constatado entende-se que somente o gozo dos direitos humanos lhes é permitido, e não na mesma proporção que aos nacionais, aos quais são assegurados e garantidos o pleno usufruto dos direitos sociais. Por nacionais entendem-se os brasileiros portadores de documentação civil brasileira e residentes no território da Republica Federativa do Brasil.

Diante deste cenário, é urgente e necessário o aprofundamento dos tratados de integração regional, ou seja, torna-se de fundamental importância a ampliação de estudos indicadores de estratégias que eliminem as travas burocráticas presentes e redutoras de direitos e que a partir de novas legislações as assimetrias entre elas nos dois países deixem de existir para que as fronteiras sejam diluídas.

Torna-se de significativa importância e de extrema necessidade que as proposições formuladas e amplamente amadurecidas no interior do Mercosul Social, avancem do plano do discurso para a efetividade material, no qual as fronteiras tenham centralidade, entendendo-se que o fortalecimento de instâncias regulatórias passam também pela defesa e preservação do direito à saúde.

Para além disso, verifica-se a necessidade de mobilizar e impulsionar iniciativas com objetivo de tratar questões transfronteiriças de interesses comuns aos países envolvidos. A temática *brasiguai* ou migração internacional deve ter um lugar de destaque, no sentido de proporcionar a esse segmento populacional um máximo de cidadania, já que esta, hoje, se encontra aquém de seu alcance.

Tal postura retrata que o local, a fronteira, é um espaço contraditório e de resistência que pode e deve, a partir dos processos sociais inerentes e peculiares à vida sócio-espacial, sensibilizar a unidade federativa estatal para as questões internacionais transversas à comunidade fronteiriça.

O que se observa é que a fronteira de Foz do Iguaçu, como divisa nacional, para o *brasiguai* é real. Nela os limites territoriais, sociais, jurídicos e políticos se fazem presentes e operantes através dos Estados nacionais, restringindo-lhes o usufruto dos direitos sociais. O sentimento de pertencimento à nação brasileira através da preservação da língua, da

descendência, da cultura, da etnia, da moral e da tradição não lhe confere direito algum, tendo em vista que o conceito “nação”, não figura no Direito Internacional.

Nesse sentido, o sentimento de pertencimento ao território brasileiro, expressado pelo *brasiguaião*, incorpora uma concepção de territorialidade apresentado no debate contemporâneo sobre fronteira e território, mas nesta região, em específico, é suprimido em detrimento de uma organização sócio-espacial pautada pela integração econômica e não social.

## 2.5. A FRONTEIRA NO DEBATE DA SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU: APROXIMAÇÕES E REFLEXÕES

No âmbito do Serviço Social, a fronteira vem sendo introduzida e ganhando merecido destaque no debate da saúde, através do Grupo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas Públicas, vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Sem dúvida, uma iniciativa de significativa relevância que vem ganhando notável reconhecimento e colocando em discussão a temática fronteira no âmbito da saúde, foi o Projeto *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito a saúde*, desenvolvido nos municípios brasileiros que fazem fronteira com os países do Arco Sul da fronteira brasileira. Os resultados desse projeto trouxeram inúmeras contribuições que poderão subsidiar a implantação de políticas de saúde nessas regiões, além de retratar precisamente as peculiaridades de cada *faixa e linha de fronteira*.

Salienta-se que no contexto do debate da saúde na fronteira, os resultados obtidos após a finalização do projeto, trouxeram inúmeras contribuições, expressamente no desenho mais preciso das peculiaridades de cada *faixa e linha de fronteira*.

Outras indicações de significativa relevância evidenciadas com a realização do projeto foram as características distintas do tratamento dado à fronteira pelos diferentes municípios integrantes deste, embora se tenha revelado o cidadão fronteiriço com algo comum e presente nestas regiões. A fronteira, no debate da saúde, assume maior ou menor importância dependendo da natureza dos serviços de saúde procurados pelos brasileiros ou estrangeiros que residem no lado contíguo à linha de fronteira.

Nesta situação, a busca por atendimentos de média e alta complexidade evidencia e requisita a necessidade do debate acerca da fronteira, enquanto um fator de limite e de

restrição dos serviços solicitados, entendendo que a satisfação das necessidades de saúde dessa natureza devem ser de responsabilidade de cada país, para não onerar os municípios brasileiros que, na maioria das vezes, justificam suas teses argumentativas no escasso subsídio financeiro para gastos com saúde.

Uma outra área que tem contribuído de forma significativa no avanço do debate da fronteira na área da saúde é a Geografia, mais especificamente a Geopolítica.

A fronteira no debate da saúde, em uma primeira aproximação, está vinculada a um campo relativamente novo no interior da geografia. Ela faz parte da Geografia da Saúde – GS, muito embora esta temática tenha sido objeto de estudo da geografia desde o final do século XVII, na área da Geopolítica.

Peiter (2005), afirma que a geografia da saúde é uma área pouco conhecida entre os geógrafos, devido a jovialidade de sua existência, datada da segunda metade dos anos 1990. Na América Latina identificam-se algumas experiências no âmbito da Geografia da Saúde. No Brasil, em especial, a Fundação Osvaldo Cruz e a Universidade de São Paulo vêm despontando como núcleos de excelência de pesquisa e ensino nesta área.

A especificidade da Geografia da Saúde é basicamente atuar nas relações entre o espaço e a saúde, ou seja, a organização social do espaço e a disseminação das doenças. Nestes estudos vêm sendo aplicado o conceito geográfico de redes e a difusão espacial das doenças.

Na sua intervenção a Geografia da Saúde enfatiza a necessidade de um conhecimento multidisciplinar, articulando-se com outras áreas do conhecimento, especialmente a medicina, entendendo que é desta área que se extraem os conceitos e definições de seus principais objetos, a saúde e a doença. (PEITER, 2005, p.16).

Nesta direção, a GS indica a necessidade de intervenções profissionais pautadas na integralidade e na intersetorialidade para se compreender os processos que envolvem e influenciam tanto a saúde quanto a doença.

Considerando que o conceito de saúde-doença é polissêmico e, por isso, de difícil definição, e que requer diferentes formas de intervenção quando se leva em conta a saúde, a doença e seus determinantes, a GS tem se ocupado de proposta de trabalho nas quais se reiteram que a natureza dos problemas de saúde e o modo de enfrentá-los em cada sociedade decorrem de condições políticas econômicas e sociais, assim como dos conhecimentos disponíveis e das concepções de saúde e doença nela prevalentes (ROSEN, 1994, p.20).

Assim, a GS tem desenvolvido estudos considerando o contexto e a conjuntura histórica vigente, entendendo que na dinâmica societária alguns modelos explicativos se

adaptam melhor em determinadas regiões ou localidades. Nesta direção, a geografia da saúde tem adotado os conceitos de contágio, transmissão, constituição epidêmica, miasma, risco e vulnerabilidade para fundamentar as diversas explicações sobre os fenômenos de adoecimento das populações. (PEITER, 2005, p.19).

Nota-se que a GS tem se ocupado em pensar e debater a fronteira no âmbito da saúde de forma contextualizada e historicamente situada, sem perder de vista as particularidades, permeabilidade, vulnerabilidade e mobilidade que envolvem estas questões.

Na discussão da GS a fronteira, desde a década de 1980, vem ganhando merecido destaque no tocante à saúde das populações de refugiados e migrantes, mas a centralidade deste debate repousa no atendimento dos serviços de saúde em áreas de fronteira. O crescente interesse pelo tema pode ser identificado, no Brasil, no estudo encomendado pelo Ministério da Saúde em 2000, sobre a AIDS nas fronteiras do Brasil (MS, 2003).

Um dos principais temas associados à fronteira no debate da saúde têm sido os limites, a saúde de refugiados, a difusão de doenças, o tráfico e o consumo de drogas e seus efeitos na saúde, a difusão de doenças por migrantes e viajantes internacionais e a falta de infra-estrutura nos serviços de saúde para atendimento dessas populações nas cidades de fronteira. (PEITER, 2005, p.33).

Na GS a fronteira tem sido abordada como uma área de vulnerabilidade que está diretamente associada aos grupos populacionais que participam dos processos de transmissão de doenças, pela fácil difusão e propagação, devido ao intenso fluxo de circulação de pessoas. Neste sentido se colocam como áreas de risco, fontes potenciais de contaminação e reincidências de doenças em alguns casos já erradicadas. (PEITER, 2005, p.40).

Tal colocação tem fundamento e enfatiza a ausência de políticas sociais pautadas na integração regional, como respostas privilegiadas de enfrentamento às questões relacionadas à saúde. As indicações anteriores apontam para o alto grau de vulnerabilidade e instabilidade das regiões fronteiriças na disseminação e propagação de doenças, reiterando a importância da efetivação dos tratados supranacionais e o cumprimento dos tratados internacionais.

Observa-se que a proposta enfatizada tanto pelo Núcleo de Estudos Estado Sociedade Civil da Universidade Federal de Santa Catarina, como pela GS, no debate da fronteira no âmbito da saúde, apontam para o reconhecimento dos determinantes sociais, ou seja, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes aspectos econômicos, políticos e sociais que atravessam o contexto sócio-espacial, nos quais os sujeitos sociais produzem e reproduzem a sua existência. Neste sentido atentam que os processos sociais derivados das relações sociais peculiares de cada comunidade fronteiriça podem influenciar diretamente os estados de saúde

ou de doença.

Considerar a fronteira, no debate da saúde, uma região de vulnerabilidade, implica em afirmar que a faixa de fronteira contempla uma complexidade social das doenças mantendo uma ligação direta com questões econômicas, culturais, políticas mais amplas evitando as proposições mecânicas muitas vezes associadas à idéia de risco.

Nesta direção, a fronteira no debate da saúde pode ser considerada como um espaço de difusão de doenças pela grande quantidade de contato humano freqüente, com uma intensa interação espacial contígua à *linha de fronteira*, alta mobilidade gerada pelos turistas e trabalhadores transfronteiriços e pela população flutuante, que vai caracterizá-la como um “epicentro”, zona de maior incidência de doenças nas quais os processo obedecem as mesmas características destes espaços e apresentam maior interação entre os municípios que os constituem.

Assim, a fronteira é uma região composta de intensas interações transfronteiriças entre as populações. Uma área dotada de certa permeabilidade em toda a sua extensão em que, dependendo dos níveis e graus dessa permeabilidade, podem ser identificados diferentes aspectos como a difusão das doenças, a utilização dos serviços de saúde e as ações de prevenção sobre o controle de doenças de ambos os lados da fronteira. (PEITER, 2005, p. 40).

Tal descrição se adequou à fronteira brasileira de Foz do Iguaçu com Ciudad Del Este, Paraguai, por sua posição singular de cidade gêmea que forma um subespaço estruturado dentro da faixa de fronteira na qual se realizam os fluxos transfronteiriços. Apresenta uma dinamicidade na sua cotidianidade inserindo-a em múltiplas redes que ampliam sua capacidade relacional e intensificam o fluxo de pessoas. A cooperação binacional nesta região, ainda que pautada em acordos locais e regionais dinamizados pela circulação de pessoas de um lado para outro, já se constitui um cenário real.

Neste cenário, a fronteira no âmbito da saúde tem sido uma constante nos debates, dado a ausência de mecanismos administrativos, jurídicos e políticos legais que encaminhem alternativas para resolução definitiva desses impasses. As propostas encaminhadas na busca de resolução dessas situações fronteiriças no âmbito da saúde na cidade de Foz do Iguaçu têm sido pensadas a partir de alternativas locais que não têm reflexos regionais ou nacionais. Estas iniciativas decorrem da necessidade de cooperação na resolução de problemas comuns que afetam o processo saúde-doença na região, em que o Brasil não seja o único responsável pelo custeio financeiro das ações e serviços de saúde que venham a ser oferecidas.

Os problemas comuns nesta região referem-se à intensa migração transfronteiriça, colocando em questão os direitos dos estrangeiros que vivem na faixa de fronteira, bem como

as diferenças culturais e perspectivas econômica e social, para além da ausência de reconhecimento por parte das legislações paraguaias da faixa ou zona de fronteira como unidade espacial distinta sujeita a leis específicas (STEIMAN, 2002, p.28).

A concepção de fronteira apresentada no debate da saúde neste cenário evoca estas dificuldades, embora pautadas apenas nos limites geográficos, considerando como base o território solo. Nos recursos financeiros para custeio das ações e serviços destinados à população fronteiriça e transfronteiriça, que se remetem ao gozo dos direitos sociais como reiteram as falas<sup>24</sup> dos profissionais a seguir,

Entendo como fronteira exatamente quando a gente ultrapassa o limite, por exemplo, quando passa a ponte da amizade, a gente entrou no Paraguai. Para mim já passou do limite do Brasil e entra em outro país, já entrou na Argentina ou no Paraguai também passa para outro país. Ah. Esse espaço é delimitado eu acho que teoricamente pelo espaço geográfico, mesmo porque aquele limite que se diz em termo de medida, espaço território, então estando no Brasil. À medida que você passa aquele espaço já que pertence a outro país (MP, 2006).

Fronteira é a fronteira geográfica é a delimitação entre dois países né. A fronteira física é mais difícil de definir, entendeu porque com o direito de ir e vir, não tem uma delimitação vamos dizer assim geográficas. É difícil muitas vezes a gente definir a fronteira, pois fica difícil definir quem é o brasiguai, quem é o residente no Paraguai e domiciliado em Foz do Iguaçu, como se da isso, quais os direitos que este cidadão tem em seu país, fora do seu país (XSD,2006).

A partir das falas observam-se algumas indicações de que a fronteira tem sido um instigante objeto de debate no âmbito da saúde em Foz do Iguaçu, sendo tratada como uma incógnita, cerceadora de direitos e com múltiplas definições. Fica evidente, nesse debate, o questionamento da ausência de clareza, conhecimento e legislação acerca das definições e conceituações jurídicas, constitucionais, políticas e sociais sobre o tema em questão.

Destaca-se a dificuldade em se conceituar a fronteira frente à dinâmica própria dessa faixa de interações, especialmente entre as cidades gêmeas, remetendo a necessidade de introduzir neste contexto o debate sobre fronteira institucionalizada. Ou seja, a criação de leis e projetos especiais que definam e regulem a utilização da faixa de fronteira não somente em nosso país, mas em todos os países da América do Sul.

Essas colocações ainda sintonizam a necessidade do Paraguai e da Argentina

---

<sup>24</sup> A inserção das falas neste capítulo tem como objetivo compreender como os assistentes sociais trabalhadores na Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, vem aprendendo a fronteira no debate da saúde, pois desta apreensão deriva o tratamento dispensando ou não na atenção integral das necessidades de saúde da população de brasiguaios. Para, além disso, a compreensão dos assistentes irão gradativamente indicar os dilemas que poderão ser evidenciados *a posteriori* na intervenção profissional. Buscando preservar a identidade de cada sujeito os mesmos foram identificados pelas mesclas de letras dos nomes e sobrenomes, sem considerar nenhum critério.



reconhecerem e regularem as faixas ou zonas de fronteira, para que se possa pensar a médio e longo prazo acordos ou tratados bilaterais com vigências locais ou regionais de enfrentamento das questões relativas à garantia do direito à saúde na linha de fronteira.

Pode-se observar nas falas a seguir que a fronteira, no debate na saúde, parte de uma abordagem de limite que, na visão de Peiter (2005), orienta para “dentro”. Nesta perspectiva, a fronteira consiste num limite impeditivo para o usufruto dos direitos sociais, uma vez que os moradores da linha contígua à margem fronteira, sejam eles brasileiros ou estrangeiros, só assegurarão algum direito quando residentes no território nacional brasileiro.

Discutir a fronteira sempre é uma dificuldade pra nós que somos da tríplice fronteira fica difícil, porque temos brasileiros morando no Paraguai, temos brasileiros morando na Argentina e que vem para cá sem documentos, e ai acaba ficando sem cidadania, sem identidade, porque no momento ele não é nem brasileiro, nem paraguaio, porque ele esta aqui e esta lá. Temos também aqueles que moram no Paraguai, que não são atendidos pelas políticas públicas de lá do país e a gente fica profissionalmente amarrados porque não existe uma política especifica para esse atendimento de fronteira (FS, 2006).

Outros municípios trazem para gente que a discussão de fronteira é uma discussão local, que o município de Foz de tem que resolver, não se pensa isso a nível nacional, porque eu penso que tem que existir uma política a nível nacional pra região de fronteira, não só da nossa fronteira, mas no geral (FS, 2006).

A fronteira traz um impedimento legal, algumas pessoas podem ultrapassar essa fronteira de uma forma legal, e outras tem dificuldade nisso e ficam praticamente impedidas de ultrapassar essas fronteiras, então elas ultrapassam clandestinamente, e acabam não tendo acesso a ser um sujeito de direito na região de fronteira dos dois lados, nem como usuário, nem como estrangeiro, nem como cidadão porque ele esta completamente irregular de acordo com aquele local que não é geograficamente o seu. E também porque ele não vai conseguir superar as imposições para que ele consiga se estabelecer ou se colocar no lado oposto da fronteira. (SS,2006).

O debate da fronteira, neste cenário, incide na busca de estratégias e alternativas que possam levar a uma superação das situações ilegais na faixa de fronteira, que acarretam em dilemas por vezes com impossibilidades ou mesmo ausentes de solução. Tais apontamentos trazidos nas falas ressaltam os impedimentos jurídicos, políticos e ideológicos que figuram na região fronteira, demarcando as diferenças legais como a identidade territorial e a separação entre “nacionais” e “não-nacionais”.

Esta perspectiva reitera a manutenção de uma concepção de fronteira para dentro, como já havia sido mencionado anteriormente, limitando quaisquer iniciativas de base local de intensificação das inter-relações da comunidade fronteira rumo a uma efetiva integração. Desta forma, há uma intensificação para o distanciamento entre as cidades e Estados limítrofes, levando-os a posturas fechadas, concorrentes e defensivas, a partir das quais há um

grande desperdício de recursos.

Esta postura indica traços tradicionalistas, centrada numa concepção topográfico-burocrático, demarcada pelo território solo, impedindo as comunidades locais da região de fronteira a reforçarem sua centralidade além dos limites internacionais e sobre a faixa de fronteira, ampliando e renovando os conceitos clássicos de limite e fronteira (MACHADO, 1998).

Neste sentido, constata-se que a ausência de clareza acerca da definição e conceituação de fronteira no âmbito jurídico, político e constitucional de alguns países, impõe limites na intensificação das relações inter/transfronteiriças, levando a uma integração e desintegração constante, deixando a dimensão social a mercê das estratégias de sobrevivência criadas pelos diferentes segmentos populacionais que habitam essas margens.

Para, além disso, as situações que afetam as zonas ou faixas fronteiriças são particularizadas como problemas locais de cada cidade ou região de fronteira, cabendo a essas comunidades encaminhar soluções ou estratégias locais de resolução. Assim, estes espaços são vistos não como cidades intermediárias, necessárias e complementares para efetiva integração, mas como rotas de passagem para redes transnacionais.

Nesta direção, observa-se que a dificuldade crucial instalada nas cidades ou regiões de fronteira e que precisa ser superada, é como inserir a dinâmica fronteiriça local nas diversas redes transnacionais a partir do ponto de vista do social, definindo quais são os direitos dos cidadãos fronteiriços na zona ou faixa de fronteira. Tal inserção possibilitaria desvendar os complexos dilemas vividos no âmbito da saúde pública de Foz do Iguaçu em que as principais dificuldades repousam no cerceamento do direito à saúde e nas práticas ilegais para asseguramento desse direito.

Algumas iniciativas de enfrentamento dos dilemas fronteiriços têm sido elaboradas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esta iniciativa, unilateral, está relacionada ao asseguramento do direito à saúde dos brasileiros residentes nos lados contíguos às fronteiras brasileiras, em especial as cidades gêmeas.

Essa proposta vem sendo desenvolvida e pautada na integração das políticas de saúde dos países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), denominada inicialmente de Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS-MERCOSUL) e atualmente de SIS-Fronteiras. Este programa tem por objetivo,

[...] urgência na melhoria da qualidade de vida das populações fronteiriças aliada a consolidação da integração regional, cujo objetivo, é uma ferramenta auxiliar no processo de gestão supranacional e garantir maior agilidade às respostas do sistema

de saúde à população, em paralelo aos avanços diplomáticos para harmonização (GALLO; COSTA; 2004, p.45).

O SIS-Fronteiras tem o propósito de articular a política de saúde externamente, entendendo que essa interação irá fortalecer as nações envolvidas, principalmente em países da América do Sul, marcados pelas desigualdades, uma vez que catalisam o desenvolvimento local tornando sustentável o crescimento ao longo do tempo. Tal intento é questionável quando se pensa na ausência de reconhecimento legal da fronteira por alguns países do Mercosul.

No seu escopo teórico conceitual propõe ainda, o programa, o desenvolvimento de ações de transfronteirização ou de harmonização, unilaterais ou multilaterais, dentro de um processo de curto, médio e longo prazo, com vistas a fornecer respostas práticas e objetivas aos gestores e às populações fronteiriças.

Para materialização do SIS-Mercosul, em agosto de 2005, foi editada a portaria 1.269, que deu origem ao programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras). Este programa, considerado uma proposta de pacto de gestão, foi incorporado na agenda das três esferas de governo e tem por objetivo a idéia da institucionalização de um pacto pela qualificação da saúde nas fronteiras, a partir da intensificação das ações e rotinas nestas regiões e a criação de um incentivo financeiro para implantação das mesmas.

Embora o programa tenha como intento e desafio a construção de um novo paradigma e de um novo olhar sobre a fronteira, de forma a possibilitar um trabalho de cooperação solidária com vistas a superação das travas burocráticas efetivando a integração, as tendências que orientam as ações revelam que tal proposição está longe de acontecer.

O programa parte de ações que vislumbram um conceito de fronteira orientado para dentro, pois a não identificação de um acordo entre os países limítrofes do Mercosul acerca da adesão ao SIS-Fronteiras, indica que somente o Brasil irá implementar essas ações. Desta forma, o programa existirá apenas no território brasileiro das fronteiras, remetendo a um questionamento de como se dará a integração, a harmonização, a transfronteirização, e como será resolvida a questão da garantia do direito à saúde à comunidade fronteiriça?

As mesmas dificuldades têm sido observadas nos países que fazem fronteiras com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para os prefeitos e gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública. Há muito se tem procurado resolver estes problemas sem suficiente êxito, principalmente em função

dos obstáculos jurídicos e operacionais (GALLO; COSTAL, 2004, p. 9).

Embora as diretrizes do programa expressem a identificação, a qualificação, a reorganização e a regulamentação do atendimento dos serviços de saúde na região fronteiriça, somente pode-se alcançar, no interior da dinâmica inter/transfronteira e como a própria denominação aponta, um movimento que não ocorre somente de um lado da fronteira, como aponta a fala a seguir.

A fronteira que não é só a fronteira geográfica, que é uma fronteira burocrática, se exige a identidade e, muitas vezes a pessoa tem a identidade feita aqui no Brasil, mas não tem comprovante de endereço, porque mora no Paraguai. Então existe uma facilidade também de comprovar os endereços falsos, eles fazem isso porque é uma maneira deles terem acesso aos direitos já que a exigência é essa. Eles burlam muitas vezes para terem acesso a direitos que eles não tem no país deles o Paraguai (RJ, 2006).

Então, se verifica na concepção engendrada e que vem sendo implementada via Programa o SIS-Fronteiras, uma possível manutenção das práticas de ilegalidade utilizadas pela comunidade fronteiriça e presentes no cenário da saúde pública de Foz do Iguaçu, na garantia do direito à saúde. Pois, sem a adesão, o interesse e a integração de todos os países do Mercosul no enfrentamento dessas situações, esses segmentos populacionais fronteiriços, em especial os *brasiguaios*, continuarão à mercê de suas estratégias de sobrevivência, entendendo que o cerceamento dos direitos não ocorre apenas em uma das margens da fronteira, como ressalva a fala que segue,

Penso que o limite é tanto que as pessoas que querem um atendimento em Foz do Iguaçu omitem até mentem seus próprios endereços pra conseguir, ou ate compram. Eu atendi uma pessoa essa semana que ela disse para a outra pessoa, não você vai lá na Sanepar [Companhia de Saneamento Básico do Paraná], e tu troca por uns dois meses só o nome na conta de água. Depois destroca de novo o nome na conta de água que não vai ter problema nenhum (SS, 2006) .

Neste sentido, discutir a fronteira no interior do sistema e da política de saúde ainda requer muitos estudos e muita cautela. De um lado, pensá-la sem interiorizar a sua dinâmica, suas particularidades e singularidades, é incorrer no erro de considerá-la como o fim de um território e não como parte do mesmo; e de outro, é buscar estratégias paliativas e sem significado para mascarar a ausência de preocupação nacional com áreas de segurança nacional.

É pautada nesta cautela e buscando decifrar as particularidades inerentes a dinâmica

fronteira que, no capítulo seguinte, abordar-se-á a intervenção profissional do assistente social no interior da política de saúde no espaço fronteira. Nesta abordagem buscar-se-á caracterizar as particularidades dessa intervenção na atenção integral às necessidades de saúde dos *brasiguaios*, segmento populacional que habita no entorno da fronteira.

### **3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE NA FRONTEIRA: CENÁRIO E AÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS BRASIGUAIOS**

Com o objetivo de enfatizar a intervenção profissional do assistente social no âmbito da saúde, o presente capítulo procura resgatar e analisar o significado histórico de vinculação e inserção do Serviço Social nesta área, demarcando as contribuições já operadas neste espaço e as que se apresentam como possibilidades de devir.

A análise proposta tem como ponto de partida a intervenção profissional dos assistentes sociais que atuam no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu - Brasil. Estes profissionais, cotidianamente, vêm buscando resguardar o direito à saúde dos *brasiguaios*. Neste sentido, tem-se a pretensão de identificar as características que conferem certa particularidade ao fazer profissional do Serviço Social na região de fronteira, os dilemas ético-político e técnico-operativo presentes no exercício profissional, frente às transformações societárias ocorridas a partir dos anos 1990 e as contradições que permeiam os seus espaços sócio-ocupacionais.

Procura-se, constatar a relação e a articulação entre o projeto ético-político e os princípios do SUS nas ações profissionais realizadas pelos assistentes sociais nos núcleos e nas unidades de saúde na região de fronteira.

#### **3.1. SERVIÇO SOCIAL: PROJETO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NOS ANOS 1990**

Abordar o Serviço Social como profissão socialmente determinada na história da sociedade brasileira implica, segundo Iamamoto (1999), analisar como a profissão se originou e se constituiu no desenvolvimento das forças societárias como especialização do trabalho coletivo.

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, como atividade especializada no trabalho coletivo e regulamentada juridicamente pela Lei nº 8.662/93 e pelo Código de Ética Profissional – Resolução nº 273/93 do Conselho Federal do Serviço Social – CFESS. Materializa-se na prestação de serviços sociais através de programas e políticas sociais, sejam de natureza pública ou privada (NETTO, 2005; IAMAMOTO, 1999).

O Serviço Social tem na “questão social” a base de sua constituição enquanto atividade especializada do trabalho coletivo. O assistente social intervém nas múltiplas expressões da “questão social”, que se concretizam na ausência da distribuição da riqueza socialmente produzida, na (dê)sproteção ou falta de respostas estatais no âmbito da família, da saúde, da educação, da habitação etc. O profissional do Serviço Social opera nas contradições sociais, presentes na sociedade capitalista, geradoras das desigualdades sociais.

É necessário apreender, no marco do avanço das teses neoliberais, que a base de intervenção profissional à questão social vem sofrendo inflexões que determinam e exigem novas formas de pensar e de fazer profissional. Estas se organizam em torno da flexibilização do mercado de trabalho, acompanhado da desregulamentação dos direitos trabalhistas, da competitividade e das terceirizações, que estimulam maior produção em menor tempo com baixo custo, num contexto em que emerge o trabalhador polivalente convidado a exercer várias funções em troca de um mesmo salário.

Há que captar que essas proposições vêm acompanhadas de ajustes estruturais no interior dos Estados nacionais, sendo a redução dos investimentos nos serviços públicos relativos à área social a premissa fundamental, desafiando os assistentes sociais por influir diretamente nos campos de trabalho através da deteriorização dos serviços sociais públicos.

Torna-se de fundamental importância, para o assistente social, apreender as novas configurações da “questão social” no exercício de suas atividades cotidianas enquanto forma de pressão e de resistência, contribuindo para a sobrevivência de segmentos majoritários da população. Deve, ainda, entender a “questão social” como resultante das transformações societárias, portanto, movimento e história carregada de contradições e interesses que se expressam e se apresentam nos locais de trabalho.

Neste cenário, a ação profissional do assistente social precisa ser urgentemente repensada, não somente enquanto um arsenal de instrumentos, métodos e técnicas de abordagem e intervenção na “questão social”, mas também como um elemento central calcado na competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que ultrapassam o teorismo, o militanteismo e o tecnicismo (IAMAMOTO, 1999, p.53).

É necessário associar a atuação profissional a um rigoroso trato e domínio teórico-metodológico para apreender a dinâmica dos processos sociais que circunscrevem as problemáticas cotidianas inerentes aos espaços onde se concretiza o exercício profissional. Implica em apresentar um engajamento político reafirmado pelos princípios e valores defendidos pela profissão, inter-relacionados ao acúmulo e ao acervo teórico-metodológico produzido pela categoria, entendendo, ainda, que o instrumental operativo sem base de

sustentação, por si só, não abre perspectivas e possibilidades para o Serviço Social.

Verifica-se que a base técnico-operativa para a profissão deve ser buscada e pensada a partir dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, para não redundar numa ação tecnicista unilateralizada que apreende o assistente social, atuando sobre a realidade social e não na realidade social (IAMAMOTO,1999).

Nesta perspectiva, como afirma Iamamoto (1999), compreender a profissão na sociedade brasileira, requer analisar os modos de pensar e agir que foram e vem sendo incorporados pelos assistentes sociais na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social. Trata-se de reconhecer que a base comum, tanto da intervenção profissional quanto da cultura profissional, é a história da sociedade.

O assistente social é o profissional que trabalha com as políticas sociais, uma determinação fundamental na constituição da profissão, devendo-se entender estas políticas públicas como respostas privilegiadas às expressões da questão social. Neste sentido, o debate contemporâneo reafirma que ao assistente social não cabe somente a prerrogativa de executor terminal de política social, atuando na relação direta com a população usuária, como reitera Netto (1999). O cenário atual requer um profissional que, além de trabalhar na esfera da execução, atua na formulação, coordenação, planejamento e gestão de políticas públicas e sociais.

Requisita-se um profissional dotado de competência teórica, metodológica, ética, política, técnica e operativa, atuando na realidade social a partir da proposição de ações criativas, capazes de preservar e efetivar direitos, tendo por base as demandas imediatas e mediatas do cotidiano. Nesta direção, os assistentes sociais incorporados pelas diversas políticas sociais, tanto públicas quanto privadas, devem assumir um compromisso respaldado pelo seu projeto de profissão com a defesa, garantia e asseguramento dos direitos sociais com vistas ao alargamento da cidadania e ao aprofundamento da democracia (NETTO, 1999; IAMAMOTO, 1999).

Na ótica do Estado, o trabalho do assistente social ganha significado diferente quando pensado no campo da prestação de serviços sociais, uma vez que se relaciona à redistribuição de riqueza socialmente produzida e por ele apropriada, através das políticas sociais. Assim, as características do trabalho profissional dependem das particularidades de cada espaço sócio-ocupacional. Nesta direção o debate acerca da intervenção profissional do assistente social deve aspirar à ampliação,

[...] de uma autoconsciência dos profissionais em relação ao seu trabalho .E mais do



que isso permite ultrapassar aquela visão isolada da prática do assistente social como atividade individual do sujeito, ampliando sua apreensão para um conjunto de determinantes que interferem na configuração social desse trabalho (dessa prática) e lhe atribuem características particulares. Parece ser um caminho fértil para o enriquecimento do debate (IAMAMOTO, 1999, p.70).

Neste sentido, o desafio ao pensar a ação profissional é de redescobrir as possibilidades no cenário atual, pensar ações coletivas que sejam solidárias na apreensão das condições de produção e reprodução da existência para, a partir daí, pensar e implementar estratégias de resistência às desigualdades sociais.

O Código de Ética indica um rumo ético-político para o exercício profissional pautado em processos democráticos, a partir do qual o profissional estimule a capacidade de abstrair as reais necessidades das classes subalternas e sentir com elas suas paixões para que se possa efetuar a crítica do senso comum e da herança intelectual acumulada (IAMAMOTO, 1999, p.77).

Num cenário atravessado pela mercantilização e pela destruição dos direitos sociais, o rumo ético-político fundamentado em valores inalienáveis e inegociáveis deve tornar-se, radicalmente, a base de constituição das ações profissionais no atendimento das necessidades sociais dos usuários dos serviços públicos, no âmbito das políticas sociais e setoriais.

Para a materialização de ações dessa natureza é necessário o conhecimento crítico do universo cultural das classes subalternizadas, reforçando a democracia na vida social, afirmando constantemente o compromisso com o alargamento da cidadania. Tal postura exige a defesa dos direitos sociais, tanto na sua expressão legal, quanto efetiva. Neste sentido é preciso indicar os direitos sociais como elemento central da ação profissional e defendê-los tanto em sua normatividade, quanto na viabilização da sua efetivação social (IAMAMOTO, 1999).

Desta forma, independente da sua área de intervenção, o assistente social deve alargar os espaços públicos e torná-los de fato públicos, frente às tendências de privatização verificadas na história recente da sociedade brasileira e, para isso, é necessária,

[...] uma competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e estratégias de ação e enfrenta-las. Supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade, competência técnica e ético-política que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este ao “deve ser” sem perder de vista seu enraizamento no processo social (IAMAMOTO, 1999, p.80).

Para efetivar ações dotadas dessas competências, segundo Iamamoto (1999), requer-se, do assistente social, a capacidade de captar as inéditas mediações históricas que moldam

os processos sociais e as suas expressões nos vários campos em que opera o Serviço Social. Mais do que isso, requer uma defesa e a articulação a um projeto ético-político de profissão que convoque os profissionais a refletirem sobre os valores orientadores de sua ação. Ao fazer isso, esse projeto vincula-se a defesa de determinados valores e princípios éticos identificado com a emancipação humana.

Tal vinculação torna-se possível porque, segundo Netto (1993, p.93),

A ação humana seja ela individual, seja coletiva tem sempre em sua base, necessidades e interesses que indicam sempre um projeto, que é uma antecipação ideal da finalidade que se busca alcançar, com a invocação de valores que a legitimam e a escolha de meios para atingí-los. Nesta lógica encontram-se os projetos societários, projetos que esboçam uma imagem de sociedade a ser construída que reclamam determinados valores para justificá-lo.

A partir do exposto, verifica-se que a ação humana é dotada de uma natureza teleológica indicadora de intencionalidades distintas, seja no plano individual ou coletivo. Essas intencionalidades são permeadas por interesses e necessidades que levam as classes ou grupos reunirem-se em torno de um projeto que apresenta uma perspectiva de sociedade a ser construída. Desta forma, os valores que orientam este projeto podem estar ou não em conformidade com os que orientam uma profissão.

Os projetos societários são projetos coletivos que se traduzem em projetos macrosociedade, ou seja, englobam propostas para o conjunto da sociedade. Estes podem estar associados à defesa dos interesses da classe trabalhadora, como podem indicar uma postura favorável à ordem capitalista. Fazem parte desses projetos societários os projetos coletivos que dizem respeito às profissões. Não a qualquer profissão, mas àquelas regulamentadas juridicamente. É a partir desta polarização de interesses que os projetos coletivos associam-se ou não aos societários. Nesta direção, o projeto de profissional do Serviço Social indica um rumo ético político para o exercício profissional, que está polarizado nos interesses e nas necessidades das classes trabalhadoras e subalternas, devendo ser materializados nas intervenções profissionais cotidianas.

O projeto profissional do Serviço Social explicita valores relacionados à constituição de uma nova ordem societária, respaldado na defesa da emancipação e autonomia dos homens enquanto sujeitos individuais e coletivos, numa defesa intransigente dos direitos humanos que recusa todas as formas de autoritarismos e cerceamento da democracia e da liberdade. Isto requer do assistente social uma intervenção calcada nos processos sociais inerentes à realidade social não como pano de fundo, mas como instrumento necessário para a efetivação

do exercício profissional.

Para que isso ocorra o projeto profissional assume características de novas formas de sociabilidade por reiterar,

Os projetos profissionais apresentam uma auto imagem de profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários dos seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 1999, p.95).

O projeto de profissão historicamente construído pela categoria profissional dos assistentes sociais apresenta os elementos necessários para a configuração de um projeto ético-político, à medida em que apresenta princípios norteadores articulados entre si em três níveis de competência indissociáveis: teórico, político e técnico, indicando uma direção social a ser assumida. Esse projeto expressa vontades e interesses individuais e coletivos, apontando os rumos indicadores da construção de uma nova ordem societária.

Assim, os projetos de profissão devem apresentar,

[...] uma imagem ideal de profissão, os valores que a legitimam, sua função social seus objetivos, conhecimentos teóricos, saber interventivos, normas práticas, além do código de ética enquanto um componente fundamental que deve atravessar o projeto profissional como um todo, não se constituindo um mero segmento particular (NETTO, 1999, p.98).

Considerando as indicações pontuadas, pode-se afirmar que os assistentes sociais contam com um projeto de profissão fundado em valores éticos, atento a cada conjuntura histórica e capaz de abstrair, no movimento da sociedade brasileira contemporânea, as alterações das necessidades sociais sobre as quais os profissionais atuam. Trata-se, então, de um projeto conectado com as transformações societárias ocorridas no bojo do capitalismo monopolista sob a égide do capital financeiro, que se renova e se modifica a partir das necessidades apreendidas na realidade social e das mudanças da composição do quadro social e profissional.

Nesta direção, o projeto profissional deve revestir-se de elementos éticos que não se limite a normatizações morais ou prescrição de direitos e deveres, mas que envolva escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais

Suas indicações requisitam um profissional distante de uma visão teoricista e

pragmática, mas com um arcabouço teórico capaz de elaborar uma interpretação crítica de seu espaço de trabalho. Potencializa, nessa alinha, o seu espaço ocupacional através da proposição e do estabelecimento de estratégias de ações viáveis no enfrentamento das desigualdades sociais (IAMAMOTO, 1999).

O projeto profissional do Serviço Social não depende meramente da vontade política ou da adesão de valores, mas indica a necessidade dos profissionais materializar os princípios: liberdade como eixo central; defesa da equidade e justiça social; defesa intransigente dos direitos humanos; universalização das políticas públicas, enquanto instrumento necessário para consolidação da cidadania, na prestação de serviços sociais.

Assim, as ações orientadas pelo projeto em tela são atravessadas por princípios éticos norteadores e constituídas de três componentes fundamentais: ético, político e técnico. A dimensão política, nesse caso, decorre das opções e estratégias construídas no campo democrático, vinculadas a um projeto de classe. A dimensão ética sinaliza os valores que norteiam o projeto de profissão. A competência técnica requer o domínio das condições objetivas que determinam o exercício profissional. Essas três dimensões são determinadas pela qualidade da formação, o nível de consciência e organização política da categoria (RAMOS, 2002, p.92-3).

Pensar a ação profissional do assistente social nesta perspectiva sugere o reconhecimento de que as intervenções se inscrevem nas contradições sociais que permeiam a vida social. Intervenções comprometidas com a formulação de novas propostas de ação profissional, criativas e viáveis, que atendam e respondam às novas demandas sociais postas ao Serviço Social, como no caso dos processos sociais peculiares a região de fronteira.

Pode-se considerar que a ação profissional corresponde a habilidades e atitudes, escolhas e valores, frente às solicitações imediatas e emergentes no cotidiano dos diferentes espaços ocupacionais. Necessidades imediatas que têm uma determinação fundante: são históricas e derivadas de determinados tipos de relações sociais, têm uma explicação que extrapolam a situação imediatista e, por último, não emergem de situações imediatas e nem se extinguem nelas mesmo, como afirma Guerra (2005, p.149).

O exercício profissional deve ser visto como uma atividade racional transformadora da realidade, que incide sobre as condições objetivas encontradas pelos sujeitos assistentes sociais, mas que estes as modificam buscando criar as possibilidades para alcançarem seus fins. Nesta prática impera dois elementos: teologia (por teológico dos homens - intencionalidade) e causalidade (condições casuais encontradas pelos sujeitos e as quais eles buscam transformar visando alcançar sua intencionalidade). Imperando neste processo razão e vontade .

Neste sentido, abarca determinações éticas e políticas sobre as quais é necessário apreender, no fazer profissional, a lógica que estrutura a realidade social, o agir dos homens e os modos pelos quais é possível alcançar conhecimentos reflexivos e interventivos. Tal proposição requer um profissional distanciado do perfil instrumentalista reforçado na “*contemporaneidade pela refuncionalização da razão instrumental para atender a lógica das reformas (do Estado, do Ensino, da Universidade, das profissões, etc.)*” (GUERRA, 2005, p.149).

Trata-se, então, de apreender, compreender e interpretar que a ação dos assistentes sociais se materializa em meio a relações sociais contraditórias de interesses e necessidades distintas, nas quais, atualmente, o universal é substituído pelo focalizado, a gratuidade é vista como ônus da máquina estatal provocando atraso no desenvolvimento e no crescimento econômico. Deve-se considerar que as desigualdades sociais expressadas nas iniquidades econômicas, sociais, políticas e culturais da classe trabalhadora e subalterna, são as bases para se pensar e propor as intervenções.

Pode-se inferir que a intervenção profissional do assistente social não existe e não pode ser pensada *a priori*, pois faz parte e deve ser construída no movimento do real, apreendendo os diferentes determinantes e condicionantes que a particularizam num dado espaço institucional vinculadas aos interesses mais amplos presentes e em disputa no contexto societário. Neste sentido, a ação profissional do assistente social deve ser entendida como sugere Mioto (2001, p.16):

No conjunto de procedimentos, atos e atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizada por sujeitos/profissionais de forma responsável e consciente. Portanto contém uma dimensão operativa, uma dimensão ética, e expressa, no momento em que se realiza o processo de apropriação dos profissionais, fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, sociedade e de relações sociais.

Reafirma-se tese que as competências teórico-metodológica e ético-política fundamentam a dimensão técnico-operativa da profissão, responsáveis pela materialização das ações que se corporificam na prestação de serviços sociais.

Constata-se, a partir do acervo teórico já produzido, que os assistentes sociais, no plano da intervenção, orientados pelos valores éticos e políticos do projeto profissional, buscam propor estratégias e ações inovadoras a partir do reconhecimento das necessidades sociais que deixam de ser atendidas em nome dos interesses econômicos. Mais do que isso,

extrapolam o tecnicismo e caminham na direção da contestação da ordem societária vigente, na recusa de uma ação conformista e alienadora (NOGUEIRA, 2005, p.191).

Esses valores que norteiam e fundamentam o projeto profissional apresentam elementos necessários à vinculação e defesa dos direitos humanos, dentre os quais inclui-se a saúde. Nesta linha, as intervenções profissionais articulam-se aos fundamentos dos direitos sociais, no aprofundamento deste conceito tão fragilizado na sociedade brasileira.

No cenário apresentado, os princípios norteadores da ação profissional, em conformidade com os princípios dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, contribuem para o enfrentamento das práticas de desmaterialização destas conquistas coletivas. No campo dos direitos, a saúde vem se destacando a partir dos princípios da universalidade do acesso e a integralidade das ações, uma vez que a construção de ações integrais demanda uma atuação no movimento da realidade social apreendendo os determinantes sociais que atravessam e condicionam o direito universal e integral à saúde.

A construção de práticas sanitárias integrais capazes de apreender e transformar os processos sociais e de saúde, particulares da fronteira, promovendo a inclusão dos *brasiguaios* no sistema de saúde de Foz do Iguaçu, torna-se um espaço de múltiplas possibilidades aos assistentes sociais. A estrutura dinâmica do projeto profissional é um recurso indispensável para apreensão da política de saúde no seu movimento na dinâmica societária, os limites e as possibilidades de intervenção contidas nesse movimento.

### 3.2. TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO NEOLIBERAL

As lutas sociais no campo da saúde no limiar do novo milênio têm como premissa fundamental a defesa intransigente da efetivação do direito humano à saúde, em contraposição aos valores emergentes derivados dos princípios do mercado vinculados ao modelo econômico social vigente.

A reinterpretação do processo histórico de cada país, nesta perspectiva, aponta *como* “vilões do atraso econômico os sindicatos e junto com eles as conquistas sociais e tudo o que tenha a ver com igualdade, equidade e justiça social” (SADER, 2002, p.147), tornando-se incompatível com o direito humano à saúde, ao tratá-lo como um produto comercial, condicionando o acesso à capacidade econômica das pessoas.

Os ataques econômicos ao direito à saúde violam e negam os direitos humanos e

sociais, impossibilitando a efetivação de propostas que trabalhem numa linha de promoção das condições de vida e de saúde, perpetuando as injustiças e iniquidades na escala mundial e, mais do que isso, rompem com os esforços humano e social de construção de sistemas públicos capazes de responder às necessidades de saúde das populações vulneráveis, como é o caso dos brasiguaios.

A mercantilização da saúde, e a sua submissão aos interesses comerciais e financeiros, exclui a maioria da população das condições geradoras de saúde e do acesso aos serviços públicos fundamentais, devido à sobreposição dos interesses de mercado face aos direitos sociais, diretamente vinculados ao direito fundamental à vida e, portanto, passíveis de serem exigidos de forma imediata.

Conforme afirmado anteriormente, constata-se, no Brasil, a existência de dois projetos societários antagônicos. De um lado, tem-se um projeto fundado em uma democracia restrita, no qual a tese central é a redução de direitos sociais e políticos, e de outro o projeto de uma sociedade fundada na democracia de massas, com ampla participação social (NETTO, 1990).

Há que se considerar que estes dois projetos influenciam diretamente a constituição e a implementação dos direitos sociais e das políticas sociais na sociedade brasileira, como pode ser observado no âmbito da política de saúde, no qual destacam-se o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO, 1996).

O projeto de Reforma Sanitária, formulado nos anos 1980, tem como estratégia central o Sistema Único de Saúde – SUS, universal, gratuito, equânime e integral. A premissa fundante desta proposta foi, e continua sendo, delegar ao Estado função precípua de instituição responsável pela garantia das políticas sociais e, respectivamente, pela política de saúde.

Os fundamentos dessa concepção encontram-se respaldados no interesse coletivos, na democratização do Estado e na criação de uma esfera efetivamente pública com controle social. Destacam-se, ainda, outros aspectos de significativa relevância da proposta que defende a democratização do acesso, a universalização das ações e a adoção de um novo modelo assistencial pautados na integralidade e equidade das ações, consolidando a política de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2001, p.199).

A Reforma Sanitária propõe uma resignificação na relação entre Estado e Sociedade, requisitando a emergência de novos sujeitos no cenário social na definição das políticas setoriais através de mecanismos como os conselhos e as conferências de Saúde. Na atual conjuntura brasileira esse projeto tem se configurado como uma proposta contra-hegemônica,

alvo de duras críticas e questionamentos.

O segundo projeto de saúde, denominado por Bravo e Matos (2001), de Articulado ao Mercado ou de Reatualização do Modelo Médico Assistencial Privatista, tem sua base de fundamentação nas teses neoliberais. Propõe a redução dos gastos públicos e a conseqüente diminuição da oferta de ações e serviços coletivos, a descentralização de serviços, a isenção de responsabilidade do poder central e a focalização em grupos de risco ou vulneráveis economicamente.

No projeto em tela, a tarefa primordial do Estado reside em assegurar o mínimo aos que não podem pagar, ficando o mercado responsável pelo atendimento e satisfação aos que a ele tem acesso. A reforma administrativa encaminhada pelo governo Fernando Henrique Cardoso - FHC - é a materialização dessa concepção, cuja inovação está na criação de uma dimensão pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis do mercado (BRAVO e MATOS, 2001, p. 2001).

No âmbito da saúde, os reflexos destas propostas podem ser identificados na focalização da oferta de ações e serviços em que se atendem as populações vulneráveis por meio de pacotes básicos de saúde; ampliação das privatizações; estímulos a seguros privados; eliminação da vinculação da fonte com relação ao financiamento e descentralização dos serviços a nível local (COSTA, 1997). Nesta perspectiva a universalidade do direito torna-se o grande vilão para os formuladores do projeto de saúde voltado ao mercado.

As concepções individualistas fragmentadas que permeiam e fundamentam o projeto de saúde voltado ao mercado, tornam-se antagônicas às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico, assinalado aqui como o Projeto de Reforma Sanitária.

A política de saúde, no decorrer dos dois primeiros anos da década de 1990, em meio a esse processo de ajustes, crises e contra-reformas, apresentou um avanço pouco substantivo, figurado na aprovação e promulgação das Leis Orgânicas da Saúde – LOS nº 8.080/90 e 8.142/90, evidenciando um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS.

A partir do governo FHC, os ajustes neoliberais tornam-se explícitos na política de saúde, pela falta de comprometimento e pela sistematização de uma proposta de saúde contrária ao SUS, afirmado no documento “Ações Prioritárias no Brasil” (Bravo, 2006), o qual sintetiza um novo modelo de gestão para a política de saúde brasileira, pautado na refamiliarização, na refilantropização e na terceirização.

Uma das primeiras reformas direcionadas ao setor saúde é identificada no documento nº 13 do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-(MARE) Bontempo (2005), que apresentou uma proposta dirigida à assistência ambulatorial e hospitalar do SUS.



O documento previa uma descentralização mais rápida: a montagem de um sistema integrado, hierarquizado, descentralizado e regionalizado composto por dois subsistemas.

O primeiro subsistema foi denominado de porta de entrada e controle, responsável pela integralidade das ações e encaminhamento para atendimento de maior complexidade, e o segundo, era formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados. Previa, ainda, a montagem de um sistema de informação em saúde gerenciado pelo SUS, controlador de despesas e avaliador da qualidade (BRAVO e MATOS, 2001, p. 208-9).

As contradições presentes nestas propostas, segundo Bravo e Matos (2001), estão relacionadas à atenção básica que continuou sendo de responsabilidade do Estado, por não ser geradora de lucro. As formas de credenciamento hospitalar se dão pela via da concorrência e os hospitais públicos não selecionados, fecharão, deixando por último a prestação de serviços de saúde pelas Organizações Públicas Não Estatais (OPNES), colocando em xeque a autonomia do Estado na prestação das políticas sociais (BRAVO e MATOS, 2001).

As propostas apresentadas demonstram o desmantelamento dos preceitos da reforma sanitária e da própria Constituição Nacional, pela substituição do modelo médico privatista, em que a saúde, enquanto um direito público universal, ganha contornos de produtos e serviços ofertados no mercado aos cidadãos consumidores.

Um outro fator agravante a ser considerado nesta conjuntura de reformas é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, que, aliado à naturalização da concepção de cidadão consumidor, rompe com os ideais humanitários e de direitos presentes no Projeto de Reforma Sanitária. O que constata, assim, na década de 1990 é uma substituição das lutas coletivas, presentes no campo da saúde nos anos 1980, por lutas corporativas em defesa de grupos e interesses particulares (BRAVO e MATOS, 2001, p.211).

É no bojo dessas transformações societárias que o Serviço Social, nos anos 1990, vem buscando rever a sua inserção no âmbito da política de saúde. Proposta que, se de um lado denuncia o engajamento periférico e tardio do Serviço Social ao Projeto de Reforma Sanitária e a sua pouca participação e expressão no reordenamento desta política no cenário brasileiro, de outro, revela a conformidade com os valores que norteiam o projeto da profissão na direção da universalidade, da equidade, da justiça social e na defesa intransigente do direito humano a saúde.

Embora Bravo e Matos (2004), afirmem que o Serviço Social teve a sua inserção de forma significativa na área da saúde desde a segunda metade da década de 1940, tal incorporação deste campo ocupacional não redundou numa vinculação aos interesses pela

causas e lutas sociais gerais nesta área.

Reafirmam, ainda, os autores que, mesmo o “novo” conceito de saúde construído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, centrado nos aspectos biopsicossociais, requisitando outros profissionais para atuar na área, e dentre eles o assistente social, alargando ainda mais o campo de atuação da categoria, não resultou em maior articulação à luta.

Os primeiros assistentes sociais integrantes da área da saúde vinculavam-se à área médico-hospitalar, atuando basicamente no atendimento individual. Esse padrão de intervenção permeou a profissão até o final dos anos 1990, mesmo considerando o aprofundamento e a hegemonia de uma direção social crítica no interior da categoria profissional, vinculada aos interesses e às necessidades gerais da classe trabalhadora e das classes subalternas.

Na maioria intelectual do Serviço Social, alcançada na segunda metade dos anos 1980, com o fortalecimento do marxismo em meio ao processo de renovação da profissão no cenário brasileiro, identifica-se uma absorção por parte da categoria de algumas temáticas relativas ao Estado e às políticas sociais, porém ainda se desconhece uma interlocução mais ousada com a política de saúde.

O movimento sanitário, neste momento, apresentava avanços em sua proposta de fortalecimento do setor público, em detrimento ao modelo médico privatista. Embora o Serviço Social, nesta conjuntura, fosse influenciado pelas transformações que vinham ocorrendo no interior do Estado brasileiro (geradas pela crise do Estado, pela falência da política de saúde, pelo movimento de ruptura com o modelo assistência vigente através da construção de uma proposta de reforma sanitária), a profissão preocupava-se com seus dilemas internos, localizados na disputa pela nova direção que seria dada à profissão.

Em que se pesem os ganhos dessa revisão interna para a profissão, há que se considerar que esta visão unilateral deixou uma lacuna na interlocução e no engajamento com o movimento mais amplo de fortalecimento da política da saúde.

Neste processo de revisão interna, o Serviço Social não se articulou aos debates que mobilizavam e buscavam a construção de novas práticas fortalecedoras dos processos democráticos no campo da saúde, neste caso o Projeto de Reforma Sanitária. Diante desta indicação, Bravo e Matos (2004), reiteram essa situação emblemática como a sinalizadora do engajamento tardio e periférico do Serviço Social com a luta pela assistência pública na saúde.

Adentrando-se a década de 90, observa-se que o Serviço Social ainda encontra-se

desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária, que delega a profissão uma posição subalterna no interior do aparelho do Estado com uma escassa produção sobre as demandas postas à prática de saúde (BRAVO e MATOS, 2004, p.35).

Os anos 1990, para a saúde e o Serviço Social, representam um cenário de confrontos e disputas demarcado pela implementação de um novo ordenamento político-econômico na sociedade brasileira, contrapondo-se ao modelo democrático. As premissas deste novo projeto, já afirmadas anteriormente, são antagônicas ao projeto ético-político do Serviço Social e, por conseguinte, à Reforma Sanitária.

Isso revela com clareza a conjunção de obstáculos estruturais e conjunturais impostos à pretensão das políticas sociais se tornarem letras vivas na lei [...] Em vista disso, orientações centradas na lógica contábil, na competitividade privada e no equilíbrio macroeconômico, passaram a prevalecer em detrimento de qualquer intenção de privilegiar a satisfação de necessidades sociais. Como é óbvio, os princípios da incondicionalidade e da universalidade viram-se profundamente afetados, já que lhes retiraram as condições materiais e políticas de realização (PEREIRA, 1998, p.42).

Os desafios impostos tanto para estruturação do SUS, quanto para o Serviço Social enquanto profissão reconhecida formalmente<sup>25</sup> como da área da saúde, fazem parte de um amplo jogo antidemocrático, favorável à redução dos direitos sociais, o que implica na não efetivação do direito humano à saúde. Nesta direção, torna-se de fundamental importância para o Serviço Social fortalecer o seu engajamento ao Projeto de Reforma Sanitária na luta pela assistência pública de saúde universal, equânime, integral e com participação dos sujeitos sociais na formulação, execução e controle social.

No desenho da conjuntura dos anos 1990, identifica-se um duplo movimento, o qual apresenta e reapresenta possibilidades concretas ao Serviço Social para consolidar e legitimar a sua vinculação ao Projeto de Reforma Sanitária. Se de um lado temos um projeto de desconstrução do SUS, de outro temos a luta incessante na busca da garantia e da implantação deste projeto na sua totalidade. Norteado e fundamentado por princípios como a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular, afirmam e reconhecem que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes as condições de vida e de trabalho, terreno no qual o assistente social realiza a sua intervenção.

---

<sup>25</sup> Através da Resolução 218 de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, Assistentes Sociais foram formalmente reconhecidos como profissionais de saúde de nível superior.

### 3.3. OS RUMOS ÉTICO-POLÍTICO DA AÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE

O debate sobre a intervenção profissional do assistente social, no âmbito da saúde, não deve estar deslocado do contexto macrossocietário e das inúmeras proposições e reflexões que constituem o acervo intelectual da categoria profissional nas obras de Netto (1990; 2005), Iamamoto (1999; 2006), Bravo e Matos (2001; 2004; 2006), Nogueira (2002), Nogueira e Miotto (2006), Miotto (2001), Raichelis (2004) e Vasconcelos (2002) e Costa (2000).

Fundamentando-se nessas produções, constata-se, conforme afirmado anteriormente que, no Brasil, a inserção do Serviço Social na área da saúde deu-se no início da década de 1940, considerando-se que a emergência de algumas escolas foi motivada por demandas do setor (BRAVO E MATOS, 2004).

A intervenção profissional naquele contexto concentrava-se na assistência médico-hospitalar embasada nos moldes europeus, no período denominado pós-guerra, face às exigências internacionais de aprofundamento do capitalismo no Brasil.

O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941 em Atlantic City (EUA). Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetivos, como o oferecimento de bolsa aos profissionais brasileiros e a criação de entidades. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização (BRAVO e MATOS, 2004, p. 28).

Assim, a influência européia foi substituída pela norte-americana, reordenando a intervenção profissional do assistente social, substituindo o julgamento moral característico da atuação junto a população-cliente por análises de cunho psicológico. Um outro fator a ser considerado, na expansão da ação profissional do assistente social no interior da saúde, naquele momento, foi o reconhecimento dos aspectos biopsicossociais do conceito de saúde introduzido pela OMS em 1948. As inovações trazidas por esse conceito ampliaram as práticas na área da saúde, enfatizando a intervenção multidisciplinar que permitia suprir a falta de profissionais e ampliar as abordagens em saúde por meio de ações preventivas e educativas, entre outras proposições (BRAVO e MATOS, 2004).

Constata-se, à época, que a intervenção profissional incidia diretamente na vida dos sujeitos e das famílias através de uma abordagem educativa centrada, principalmente, em aspectos relacionados às condições de higienização. As ações profissionais materializavam-se por meio de plantões, triagens, seleção, encaminhamentos. Não havia qualquer vinculação das transformações societárias com as desigualdades sociais.

A adoção da medicina “integral” e “preventiva” nos anos 1950, e “comunitária” nos anos 1960, no contexto das propostas racionalizadoras para o setor da saúde, não alterou as formas de vinculação e intervenção do Serviço Social na área da saúde. Os assistentes Sociais, em sua maioria no campo médico hospitalar, privilegiavam cada vez mais o atendimento individual ou Serviço Social de Casos, através do qual buscavam a adesão dos “clientes ao tratamento” (BRAVO e MATOS, 2004).

As transformações do Serviço Social, na primeira metade dos anos 1960, com a emergência do Movimento de Reconceituação, caracterizado pela crítica e autocrítica da profissão, com intensos questionamentos acerca do pensamento conservador fortemente presente no interior da profissão, a categoria viu-se dividida em três direções distintas na busca por seu reordenamento: Modernização Conservadora, Reatualização do Conservadorismo e Projeto de Intenção de Ruptura (NETTO, 2001).

No contexto da saúde, estas transformações, através da modernização conservadora, reiteravam o agir profissional com práticas baseadas na assistência curativa através de intervenções burocratizadas, psicologizadas, mantendo e dissociando o processo saúde-doença do quadro macrosocietário.

Na década de 1970, observa-se, no interior da profissão de Serviço Social, um intenso amadurecimento da perspectiva denominada de Intenção de Ruptura, cuja base de sustentação está vinculada à tradição marxista. Esta direção busca associar o exercício profissional aos processos socioeconômicos enquanto condição e parte integrante da intervenção profissional.

Assim é que Faleiros procura fundar o projeto de ruptura nos domínios do fazer profissional a partir de uma análise das conexões entre dinâmica social e dinâmica institucional e das correlações de força, oferecendo fecundas indicações prático-operativas; e ao mesmo tempo, enfoca, de um ponto de vista analítico, problemáticas socioeconômicas que engendram os espaços sócio-ocupacionais para intervenção profissional, buscando além de determinações teóricas encontrar referências críticas para a prática cotidiana dos assistentes sociais (NETTO, 2001, p.273).

Embora este momento represente avanços significativos para a profissão, tanto no plano teórico quanto no metodológico, por demarcar e sedimentar as bases do projeto ético-político que, na década de 1980, se tornaria hegemônico na profissão, no contexto da saúde tais ganhos não qualificaram substantivamente a prática dos assistentes sociais. Estes continuaram desvinculados do Projeto da Reforma Sanitária, fortalecendo ações de caráter eminentemente curativo.

Nos anos 1990, o Serviço Social ainda mantém uma intervenção tímida e não inovadora na área da saúde, mesmo apresentando os princípios ético-político em consonância

com os princípios do SUS, embora esta área continuasse sendo a que mais incorporava os profissionais.

O tratamento da prática profissional, em qualquer campo, está permeado por problemas de naturezas diversas que tornam o seu debate um verdadeiro desafio para aqueles que se propõem realizá-lo. Apesar dos inúmeros questionamentos que pairam sobre as possibilidades de responder a esse desafio, reafirma-se que o Serviço Social tem um conhecimento acumulado que o habilita a concretizar as ações demandadas na perspectiva da promoção à saúde, desde que se inscrevam de forma sistematizada e articulada aos marcos teóricos em curso (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p.9).

Tal situação se explica à medida em que houve uma preocupação com a qualificação interna da profissão no plano teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Se, de um lado, esta preocupação desvinculou-a da luta pela reforma sanitária, de outro, na maioria intelectual, com um acervo teórico consolidado e já conquistado, apresentava as condições para propiciar esta articulação oferecendo significativas contribuições para ampliar a garantia do direito à saúde. O projeto de reforma sanitária, ao reconhecer a saúde como produto social, portanto, resultante de um conjunto de direitos, aponta a necessidade de uma nova cultura nas intervenções, abrindo espaço para os assistentes sociais reverem e alterarem a sua vinculação neste campo.

Desta forma, observa-se que, desde o final dos anos 1990, os assistentes sociais não têm medido esforços para a superação do atraso histórico de inserção e contribuição no fortalecimento do projeto de reforma sanitária e, conseqüentemente, da saúde enquanto um direito público universal. Tal possibilidade tem se alargado à medida que os defensores deste projeto vêm lutando incansavelmente para materializar o art.198 da Constituição Federal de 1988, que anuncia a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Essas diretrizes, em especial a integralidade, têm se colocado como um terreno fértil para a sedimentação da ação do assistente social na área da saúde. Isto porque a garantia da atenção integral requer uma apreensão dos fatores condicionantes e determinantes dos “estados de saúde”, ou seja, traz para o cenário a discussão dos determinantes sociais que influenciam o processo saúde/doença.

A integralidade pressupõe a superação das ações fragmentadas, com o reconhecimento de que os sujeitos sociais que buscam a satisfação de suas necessidades de saúde devem ser vistos a partir do contexto no qual se encontram inseridos e de suas vinculações com o cenário social mais amplo. Isto equivale a dizer que a integralidade requer uma intervenção

profissional levando em consideração os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que perpassam a vida social.

Com base no exposto, entende-se que a integralidade na atenção à saúde requer uma intervenção sistemática nas expressões da questão social, base de fundação do Serviço Social. Entendendo-se, também, que a questão social se expressa no conjunto de desigualdades sociais, seja na educação, habitação, assistência, previdência, renda, etc, que influenciam diretamente os “estados de saúde”.

Desta forma as ações profissionais, no campo da saúde, pautadas na integralidade têm se destacado por apreender as demandas dos usuários como demandas contextualizadas e historicamente situadas, ou seja, como uma construção social, que só pode ser encaminhada via compreensão e interpretação das tensões e contradições nas quais se inscrevem as intervenções profissionais.

Portanto, as condições de trabalho e relações sociais em que se inscreve o assistente social articulam um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados, individual ou coletivamente, projetados, pois a história é o resultado de inúmeras vontades projetadas em diferentes direções que tem múltiplas influências sobre a vida social (IAMAMOTO, 2006, p.23).

Considera-se, a partir do exposto, que ações profissionais no âmbito da saúde apoiadas em um sólido rigor teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo e que dêem consistência argumentativa aos encaminhamentos propostos, poderão ampliar a fruição do direito à saúde. Sem esses requisitos a profissão não conseguiria superar o seu atraso neste campo e nem compreender que as condições de trabalho e relações sociais em meio às quais se dá a intervenção profissional são indissociáveis das transformações societárias que, no âmbito da saúde, repõem a hegemonia do modelo médico privatista.

É necessário pensar e realizar intervenções profissionais que expressem a defesa e o asseguramento do direito à saúde, dotado de uma legitimidade técnica, ética e política reafirmando a universalidade e a integralidade como pilares fundantes de uma política de saúde, de fato, pública. Tais ações somente poderão ser construídas e efetivadas na tensa dinâmica da vida social vivenciada pelos sujeitos individuais e coletivos.

### 3.4. ATENÇÃO INTEGRAL E DILEMAS DA AÇÃO PROFISSIONAL NA REGIÃO DE FRONTEIRA

A intervenção, ação ou prática profissional do assistente social tem merecido, desde a segunda metade dos anos 1990, um instigante debate no interior da categoria, dado o descompasso entre as produções teóricas e o fazer profissional. Ou seja, não se identificam aportes teóricos significativos no plano do fazer profissional.

Essa tem sido uma discussão que vem reclamando ênfase e destaque por se tratar da competência pela qual se materializa a especialidade da profissão e que confere legitimidade técnico-operativa ao Serviço Social, enquanto uma profissão que intervém no social, com as demais profissões.

Observa-se que o *imbróglio* da profissão tem sido justamente expressar clara e precisamente o que o assistente social faz, para quem faz e como faz, de forma objetiva e distanciada das erudições teoricistas, pois estas nem sempre retratam com objetividade as ações operacionalizadas nos espaços sócio-ocupacionais.

Com este propósito e a partir das compreensões dos assistentes sociais, buscar-se-á caracterizar a intervenção profissional na região de fronteira, demarcando o cenário e suas particularidades. As análises produzidas têm como ponto de partida o exercício profissional, ou seja, como os profissionais conceituam ou teorizam a sua ação, descrevendo as estratégias cotidianas de recusa ao cerceamento do direito à saúde dos *brasiguaios*.

Trata-se, portanto, como já se referenciou anteriormente, de um trabalho fundado na exposição, descrição e análise crítica das compreensões que os profissionais têm acerca da sua intervenção na região de *linha de fronteira*, levando-se em conta os processos sociais ocorridos neste espaço.

Os assistentes sociais atuantes no Sistema Público de Saúde de Foz do Iguaçu compreendem a intervenção profissional como a ação real efetuada junto ao usuário, na prestação de serviços sócio-assistenciais, com um propósito de resguardar, assegurar ou viabilizar o direito à saúde, reivindicado pelos sujeitos individuais e coletivos. Apreendem ainda que a intervenção profissional é constituída por diversas etapas, tais como: planejamento, avaliação, reflexões e registros, nem sempre levadas em conta devido a emergência e imediatividade das solicitações demandadas pelos sujeitos que residem no entorno da fronteira.

A ação, a atuação, o exercício, é o ato em si da intervenção profissional, seja ele no



aspecto do atendimento ao usuário, seja no aspecto do planejamento, da elaboração, do pensar, do avaliar, atuando nas políticas sociais, expressões da questão social, na assessoria aos conselhos, movimentos ou na coordenação (SS, 2006).

A intervenção profissional é a ação que ocorre junto aos usuários com o propósito de garantir e/ou viabilizar os seus direitos de cidadãos. Passa por diversas etapas: planejamento, execução e avaliação; tanto a nível individual quanto no plano coletivo (CS, 2006).

Há uma percepção de que a intervenção profissional do assistente social é o ato pelo qual, por meio de estratégias e instrumentos, efetiva atendimentos com o intuito de viabilizar ou resguardar o direito à saúde daqueles que os reivindicam. Apresenta um rumo ético-político orientado em favor da defesa intransigente dos direitos humanos da universalidade, da equidade e da justiça social, quando se posicionam no sentido de garantia e viabilização dos mesmos.

Pode-se afirmar que os assistentes sociais apreendem a intervenção profissional como parte de um trabalho coletivo que, através da prestação de serviços sociais, atendem as necessidades sociais dos usuários das políticas, programas e projetos sócio-assistenciais. Estas ações são operacionalizadas por meio de práticas sócio-educativas, com orientações político-ideológicas que indicam um caminho ético e político, interferindo na reprodução das condições de vida de grandes segmentos populacionais (IAMAMOTO, 2006, p.21).

Para estes assistentes sociais a intervenção é delimitada a partir dos espaços sócio-institucionais, caracterizando-a com traços definidos expressando as particularidades e singularidades de cada área ou região de atuação. Na região de fronteira, esses profissionais apontam, inicialmente, como sendo duas as características da intervenção: a ausência ou indefinição de como é ou de como se dá o atendimento ao estrangeiro ou ao brasileiro residente no Paraguai; e como sensibilizadora de direitos (sic). A “sensibilização de direito” mencionada pelos profissionais, refere-se ao esclarecimento quanto aos direitos existentes que podem ser acessados. Reconhecem, ainda, os assistentes sociais entrevistados que, muitas vezes, estas ações não resultam em retornos expressivos ou significativos para os usuários que procuram seus serviços.

A nossa ação profissional é quando nós atendemos em nossos locais de trabalho. Ela fica bem marcada pela falta de definição que a gente tem de como atender na área de fronteira, de como atender o estrangeiro, de como atender o brasileiro que mora no Paraguai. Fica marcada a nossa prática pela falta de uma política de atendimento para essas pessoas e, também, falta de estudos nossos. A gente trabalha na realização da ação, mas a gente não trabalha com planejamento de atendimento, não trabalha com montagem de programa. Fica uma coisa de cima para baixo e vem sem uma definição, sem ter uma política de atendimento para esse brasileiro que está todo dia de frente no nosso atendimento (SS, 2006).

No dia a dia da intervenção profissional na fronteira a gente vê programas que atendem gestantes brasileiras que moram no Paraguai; e os outros daí como ficam? Os brasiguaios que tem hanseníase e tuberculose, e os outros programas como ficam? Nós temos que voltar a refletir sobre a origem desse programa, os objetivos desse programa. Objetivo eleitoral. Como a colega já falou não tem um programa montado para atender o brasiguai portador de HIV, não tem um programa montado para atender quem tem hanseníase, que tem em quantidade nessa região, assim como a tuberculose, mas tem um programa que atende gestante brasiguai que mora no Paraguai. É o início. Será eles fizeram isso para depois estarem incluindo outros programas, ou é objetivo eleitoral como tudo na fronteira (SS, 2006).

Uma outra questão sobre as características da intervenção profissional na região de fronteira é o cartão SUS. Fazem cartão SUS no Paraguai para o brasiguai, no consulado brasileiro no Paraguai, mas não tem validade no Brasil, o gestor não aceita, não tem validade para eles (RJ, 2006).

Evidencia-se que a intervenção profissional na região de fronteira apresenta características particulares na atenção às necessidades de saúde do estrangeiro e, especialmente, aos brasileiros residentes no lado oposto da fronteira, revelando uma disputa de estratégias entre o gestor, na não viabilização do atendimento, e os *brasiguaios*, através da criação de alternativas nem sempre legais para inclusão no sistema de saúde.

Não existe um estudo, um planejamento, uma equipe multiprofissional para estudar esses programas e ver quais as prioridades e possibilidades, para ver o que é ou não legal. Monta-se e toca-se os programas sem pensar e saber quais as consequências disso mais tarde (SC, 2006).

As exposições revelam que, de um lado, a intervenção profissional na fronteira é caracterizada por fenômenos oriundos das transformações econômicas e financeiras ocorridas na “era global”, afetando significativamente o mundo do trabalho, provocando a tendência da mobilidade humana em busca de melhores condições de vida e de trabalho. E, de outro, que a tendência de mobilidade humana não é reconhecida enquanto um fenômeno político, econômico e social, que deve ser acompanhado pela discussão do alargamento dos direitos sociais, via criação de políticas ou acordos internacionais como forma de enfrentamento e asseguramento da proteção social Estatal aos brasileiros migrantes para os países contíguos a *linha, zona ou faixa de fronteira*.

A procura é intensa pelos brasiguaios por serviços de saúde gratuitos que não maioria das vezes são negados, não levando-se em conta o risco de morte. Há pressão para o não atendimento ao brasiguai. O aumento constante da demanda é, também, em função da valorização ou desvalorização do dólar. Pois se o dólar sobe muito a cidade esvazia e as pessoas não tem dinheiro e buscam o SUS, para o atendimento. Se o dólar baixa muitos brasileiros vem do Paraguai para passar muamba na ponte e também acabam usando os serviços de saúde aqui e nem sempre conseguem (RJ, 2006).

Essas características da ação profissional se intensificam quando pensadas num contexto de ajustes ditados pelas teses neoliberais que perpassam o cotidiano do fazer profissional. O assistente social é solicitado a implementar e viabilizar direitos sociais, no entanto, se vê limitado na sua ação por não dispor dos meios e das condições para efetivá-los, diante do quadro de encolhimento e escassez das políticas e programas sociais públicos.

Neste cenário, as particularidades da intervenção profissional se sobressaem e podem ser demarcadas pelo cerceamento constante do direito à saúde como prerrogativa do gestor, reiterada pelos organismos públicos estatais, justificado pela falta da documentação civil, pela não comprovação da cidadania brasileira e residência no município. Subjacente a estas orientações está a sobreposição do econômico ante o direito humano à saúde. Outras peculiaridades da ação profissionais são as estratégias empreendidas pelos *brasiguaios* para assegurar o ingresso no sistema público de saúde local.

A falta de documentação civil principalmente. Para regularizar essa situação muitos procuram ter filhos com uma brasileira, aí se torna um problema de saúde para o assistente social resolver. Na verdade eles usam a questão de ter um filho aqui para regularizar a situação deles aqui no Brasil. Na verdade as mulheres brasileiras servem de instrumento para eles regularizarem a situação (SS, 2006).

Assim, num primeiro momento, essas particularidades se apresentam numa intervenção sensibilizadora de direitos, num cenário onde constantemente é reiterada a exclusão, fundada na lógica da escassez de recursos para atender uma demanda que, aos olhos dos organismos públicos estatais, é invisível, mas que, na cotidianidade do exercício profissional do assistente social, é real. Em um segundo momento as particularidades da ação profissional são polarizadas, de um lado, pela pressão do gestor aos profissionais para o não atendimento dos *brasiguaios*, e, de outro, pelas estratégias ilegais utilizadas por este segmento populacional com as quais se deparam os assistentes sociais nos núcleos e nas unidades de saúde.

Apontam ainda como particularidade, a utilização do acesso à saúde como porta de entrada para os serviços sócio-assistenciais prestados pelas demais políticas setoriais. Isto ocorre através da prestação de serviços sociais, forma pela qual se materializa a ação profissional nos núcleos de saúde.

Neste espaço, os profissionais constantemente se deparam com situações que nem sempre requerem ações e serviços pertinentes à área, mas caracterizam-se como problemas de saúde pelos *brasiguaios*, tendo em vista o acesso à satisfação de outras necessidades que influenciam nas vivências de saúde e doença. Tal situação deve-se ao fato de que, na

fronteira, a única política que tem as ações e serviços descentralizados é a saúde, o que, de certa forma, incentiva as tentativas de acesso e ingresso a outras políticas.

Uma outra coisa que eu penso ser importante de falar é que os brasiguaios que buscam atendimento nos serviços de saúde através do Serviço Social nos núcleos de saúde, nem sempre querem um atendimento direcionado a problemas de saúde, às vezes os problemas são de assessoria jurídica, de assistência social, de habitação, de educação, etc. (RJ, 2006).

Neste cenário pode-se dizer que a intervenção do assistente social na área da saúde na *linha de fronteira*, demarcada entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, é particularizada por duas situações distintas. A primeira relaciona-se ao atendimento dos iguaçuenses, cidadãos brasileiros residentes no município, aos quais o direito à saúde é resguardado sem nenhum condicionante ou fator limitativo.

A segunda situação, peculiar à região fronteiriça, está polarizada na assistência às necessidades de saúde dos estrangeiros ou brasileiros residentes no Paraguai, aos quais são assegurados somente os atendimentos de emergência. Esta última indicação vem gradativamente colocando dilemas éticos à atuação dos assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais na fronteira, como se identifica nas falas a seguir.

Ao estrangeiro ou brasileiro que mora no Paraguai muitas vezes é somente garantido o primeiro atendimento, seja ele de emergência ou de prevenção. Agora com o cartão SUS o Serviço Social saiu da linha de frente dos serviços e fica tudo mais difícil. Quando o Serviço Social ficava na linha de frente estas questões eram resolvidas, a auditoria tinha esse entendimento, mas agora fica muito na questão de qual é o interesse, de quem é o interesse e tenho a impressão que é só do Serviço Social. Uma outra coisa importante é que as carências materiais e sociais que causam os problemas de saúde, não são trabalhadas, embora entendemos ser importante, não dispomos de condições para isso (M.I., 2006).

A negação do direito a saúde ao ser humano. E você ter que negar o atendimento a um ser humano dizendo a elas somente os caminhos que elas podem tentar. Muitas vezes as informações dadas de nada vão servir porque elas não têm formação adequada para entender. Eles não têm escolaridade, formação cultural (SC, 2006).

O dilema que mais me angustia é você não ter como garantir ao brasiguai o direito a saúde pela falta de documentação civil, pela falta de comprovação da residência no Brasil, pela falta de apoio principalmente nos casos em que as pessoas têm câncer, tem que fazer diálise, tem problemas do coração e elas não tem direito a nada, só ao atendimento emergencial, e isso a gente tem casos todos os dias (RJ, 2006).

Não conseguir resguardar o acesso pelo simples fato de ser um brasileiro que mora no Paraguai, fica somente na questão da emergência. Por que o brasileiro que mora aqui tem acesso. Essa situação dos brasiguaios acaba ficando até mais caro para o município, porque o assistente social não pode fazer um trabalho continuado, uma prevenção continuada, uma ação pautada na integralidade e em um outro momento de emergência o brasiguai volta e é atendido (FS, 2006).

A partir das indicações pode-se inferir que os dilemas éticos e políticos presentes na intervenção profissional dos assistentes sociais estão centrados em como assegurar a atenção integral às necessidades de saúde dos *brasiguaios*. Tal solicitação ocorre em um cenário em que há uma reiteração constante para o não atendimento, tanto por parte do gestor, quanto dos próprios instrumentos de compensação financeira adotados pelo Ministério da Saúde, como no caso o cartão SUS, para controle dos gastos e repasse de recursos.

Uma outra questão decorrente desta situação é a que impõe um dilema tanto ético quanto político aos assistentes sociais no plano da ação profissional e a condição inerente ao *brasiguai* em que o local e o global atravessam a sua vida social. Pois esse segmento populacional, ainda que brasileiros, mas residentes do lado contíguo da *linha de fronteira*, não compartilha do mesmo direito que os iguaçuenses de acessar os bens e serviços de saúde no Brasil. São reconhecidos como apátridas, portanto sem direito à garantia da proteção social estatal, a qual é assegurada somente aos cidadãos nacionais, ratificadas pelo critério *jus solis*.

Há que enfatizar que esses dilemas éticos se colocam num marco conjuntural, que, segundo Yamamoto (2006), é sustentado pela crítica neoliberal de que os serviços públicos, organizados a base dos princípios da universalidade e da gratuidade, superdimensionam o gasto público estatal, redundando dessas afirmações a diminuição dos atendimentos e dos meios de como viabilizá-los. Nesta direção, tais são intensificados pelos novos padrões éticos e políticos ditados pela nova ordem mundial a partir do projeto neoliberal.

Observa-se que os dilemas decorrem da valorização do individual em detrimento do coletivo, nos quais os critérios seletivos e discriminatórios são tomados como os mecanismos para concessão ou não de direitos, não se levando em conta as garantias universais como o direito à vida. Em se tratando da fronteira, há uma tendência à minimização dos programas sociais e uma pulverização das expressões da questão social, atribuindo aos sujeitos a culpa pelas dificuldades vividas.

A secretaria fez uma parceria com a Sanepar e a Copel (Companhia de desenvolvimento Elétrico do Paraná) que estão exigindo o CPF para fazer a transferência de conta de água e luz, e o brasiguai não consegue fazer esse documento, porque a receita federal está em cima fiscalizando duramente. Isso parece, ou é uma disputa de estratégia entre a garantia do atendimento e a recusa do atendimento, quem vai ganhar, quem está ganhando, quem tem maior número de parceiros (SS,2006).

Os dilemas apresentados inscrevem-se num quadro em que a globalização do mundo expressa novas formas e processos de sociabilidade envolvendo nações, nacionalidades, regimes políticos, projetos nacionais, indivíduos, grupos, classes sociais, economias, culturas

e civilizações, reordenadas de acordo com as necessidades de expansão do capital. Nesses novos rearranjos, a “questão social” é tratada como caso de polícia e de assistência numa perspectiva de favor e não de direito.

Na exposição em tela se reconhece que as intervenções orientadas em favor da equidade, da defesa intransigente dos direitos humanos e sociais, consideram as condições de produção e reprodução da vida e de trabalho da classe trabalhadora e das classes subalternizadas, como fatores determinantes e condicionantes dos sofrimentos humanos e geradores de saúde ou doença.

Neste sentido, os embates mundiais e nacionais entre projetos societários antagônicos colocam, no plano da intervenção profissional do assistente social, dilemas éticos e políticos por serem fundados em valores contrários àqueles que sustentam as ações profissionais, nos quais serviços sociais sejam de fato direitos sociais, descentralizados, universais, integrais, gratuitos, de qualidade e desburocratizados.

Observa-se a que a ausência de reconhecimento da fronteira, numa ótica de promoção e proteção da qualidade de vida e saúde dos *brasiguaios*, tem-se colocado como um dilema ético no plano da ação profissional dos assistentes sociais.

O conflito do humano versus econômico. Pessoas diferentes de pessoas na sua valorização e reconhecimento. Os dilemas éticos e políticos na limitação do exercício profissional é conseqüentemente o reconhecimento do direito à vida em função da nacionalidade. Perceber que os oportunistas usam dessa situação para auto-promoção (compra de voto), quando compete ao assistente social esclarecer quais os direitos desses usuários (SC,2006).

Os dilemas ético-políticos estão na não garantia e asseguramento da continuidade dos tratamentos, em que muitas vezes o brasiguaiio tem um diagnóstico, mas não pode realizar o tratamento. Ou ainda muitas vezes o tratamento requisita uma mudança de hábitos e estilo de vida que nem de longe são abordados. Chega ao cumulo muitas vezes de se pressionar o assistente social a dar alta a um brasiguaiio que necessitou de uma atendimento de emergência, mas que ainda necessita de observação, em função de desocupar um leito para um morador de Foz (MS,2006)

Nota-se que, mesmo havendo um rumo ético-político norteando as intervenções profissionais do grupo entrevistado e a compreensão de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes as condições de vida e de trabalho, estes posicionamentos não têm sido suficientes para resguardar a satisfação das necessidades de saúde dos *brasiguaios* no território brasileiro.

O quadro acima demonstra os entraves imperativos impostos à estruturação e implementação do SUS, os quais rebatem na intervenção do assistente social em um movimento contrário ao de ampliação dos direitos sociais. A descentralização dos serviços

não é acompanhada da descentralização dos recursos financeiros, o que dá margem para justificativas do não atendimento. Mais do que isso, reitera os fundamentos de uma contra-reforma conservadora em que há a manutenção da centralidade política e dos recursos na esfera da União.

Pode-se dizer que esses dilemas parecem derivar de situações que exigem do gestor soluções imediatas diante das pressões exercidas pelos munícipes residentes no território brasileiro. Frente à escassa oferta, realizam movimentos de pressão contra o gestor no sentido de tencioná-lo a disponibilizar um volume maior de ações e serviços. A saída imediata encontrada é a recusa da atenção às necessidades de saúde dos *brasiguaios*. Tal movimentação, já conforme afirmado, tem levado os *brasiguaios* a criarem suas próprias estratégias de inclusão nos sistemas públicos de saúde das cidades localizadas no Brasil.

Pois o brasileiro residente em Foz pensa assim em relação aos tratamentos em que os custos são muito caros. Se eu procurar qualquer portador do HIV e dizer que os brasiguaios estão procurando esses serviços no Brasil, porque não existe a disponibilização deste serviço no Paraguai, ele vai dizer assim: entre o remédio para ele ou pra mim eu prefiro pra mim, então eu não vou lutar pelo direito dele (SC, 2006).

Diante dessa realidade os assistentes sociais vêm insistentemente defendendo a garantia do acesso dos *brasiguaios* ao sistema de saúde de Foz do Iguaçu, entendendo o dever ético profissional na defesa de políticas públicas de caráter integral e acesso universal e gratuito.

As ações profissionais dos assistentes sociais devem ser pensadas com respeito a etnias, num marco de interculturalidade e diversidades culturais e regionais buscando, portanto, qualificar e configurar a universalidade pela integralidade no sentido de garantir, como universais, respostas integrais às necessidades de saúde de cada um.

O espaço geográfico limita o jurídico e socialmente os brasileiros que residem no Paraguai não tem acesso aos serviços de saúde, que para os paraguaios é muito deficiente. Os paraguaios buscam atenção no Brasil. A atuação profissional nem sempre encontra apoio para atender os usuários que moram fora do país (SC, 2006).

Nesta perspectiva, a fronteira, na ação profissional, não pode ser apreendida somente enquanto espaço geográfico, zona onde os países cruzam seus territórios, Pressupõe, em primeiro plano, a existência de uma unidade federativa ou Estado, mas deve ser concebida a partir dos processos sociais derivados deste espaço, nos quais as identidades nacionais são diluídas. Em que, mais que a diferença de língua e cultura, dá-se a convivência cotidiana entre

os sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, etc, geradores de contradições entre as realidades local, regional e o conjunto de normas e práticas dos países, contexto no qual as necessidades de saúde se originam.

A fronteira deve ser tomada para além da concepção doutrinal enunciada pelo art. 2º do Estatuto do Estrangeiro (Lei nº.6815/1980), centrada apenas no patamar da segurança nacional. Ela deve ser pensada como um espaço que tem uma forma particular de organização da vida social, marcada por conflitos e solidariedade em que brasileiros e sujeitos de nacionalidades distintas cruzam e recruzam as cidades e regiões contíguas à *linha de fronteira*, na luta pela sobrevivência individual ou coletiva, nas quais os encontros, desencontros e reencontros são permanentes.

Essa concepção de fronteira aponta, no campo da saúde, para a idéia de um território enquanto um lugar no qual é gerada a demanda da saúde, neste sentido não pode ser entendido simplesmente em termos físicos ou espaciais, mas como um espaço de interação de diferentes sujeitos sociais, cada um com suas necessidades e suas demandas. É reconhecer as assimetrias do cenário local e vinculá-lo ao cenário macrossocial, nos quais as questões econômicas, políticas, sociais e culturais se expressam e influenciam a vida social.

Tomar a fronteira sob essa perspectiva, no âmbito da saúde e sob o plano da intervenção profissional, requer a apreensão de que as necessidades de saúde não podem e nem devem ser concebidas como determinadas pelas características individuais de cada pessoa, mas sim por características derivadas dos processos sociais desenvolvidos nesse meio que aportam características singulares de um dado território.

Supõe o reconhecimento dos dilemas éticos colocados à intervenção profissional e inerentes aos espaços fronteiriços, articulados à ótica da totalidade social, decifrando as relações macro/microsociais, a partir da apropriação de uma matriz teórico-metodológica de raiz crítica que possibilite a leitura dos processos sociais.

Assim, pode-se afirmar que os dilemas desvelados na intervenção do assistente social, embora os profissionais não os reconheçam como tal, materializam-se, em primeiro lugar, na forma de compreensão da dupla situação vivida pelos *brasiguaios*, pelo fato de residirem no Paraguai. Embora sendo brasileiros, muitas vezes portadores de documentação civil nacional, não gozam do direito de usufruto dos direitos sociais, mas ao mesmo tempo podem usufruir dos direitos políticos.

Em segundo lugar, é necessário apreender que a fronteira geográfica demanda situações imediatas pertencentes a um quadro de preocupação, como a legalização da documentação exigida para entrada ou manutenção no país. Esses dilemas decorrem das



medidas arbitrárias do gestor municipal, em negar atendimento ao *brasiguai*, afirmando não reconhecê-lo como cidadão iguaçuense ou brasileiro, embora sendo portador de documentação civil expedida no território nacional. Uma outra medida que cerceia a titularidade do direito à saúde do *brasiguai* é observada nos casos de internamentos de emergência sem documentação civil nos hospitais ou no pronto atendimento. Neste caso, mesmo a pessoa estando com alta médica prescrita, somente poderá deixar a unidade de saúde mediante apresentação de documentação civil, assim o *brasiguai* é obrigado a acionar o Ministério Público ou o Consulado Brasileiro no Paraguai para ser liberado, o que leva dias e até meses.

Em terceiro lugar, encontra-se o dilema referente aos brasileiros residentes no Paraguai, que pela preservação da língua, dos costumes e da cultura consideram-se cidadãos nacionais, mas que pela falta de documentação civil, tanto de um país quanto do outro, encontram-se impedidos de acessar os bens e serviços de saúde, mesmo nos casos em que há risco de morte.

Um quarto dilema localiza-se na ausência de cumprimento das tratativas internacionais relacionadas aos direitos humanos à saúde, em que os Estado violadores<sup>26</sup> não recebem nenhuma punição pelo descumprimento de tal legislação, o que abre possibilidades para justificativas de cunho econômico-financeiro. Estes dilemas exigem do assistente social a compreensão de que a fronteira política é determinante da exclusão dos *brasiguaios* do sistema público de saúde de Foz do Iguaçu, uma vez que lhes são retiradas todas as possibilidades de inserção e integração na vida social, tanto do lado Paraguaio quanto do brasileiro.

A legislação migratória brasileira reguladora da entrada, da residência, dos direitos e dos deveres é o verdadeiro muro que separa estas duas nações e os brasileiros residentes no Paraguai dos brasileiros residentes no território nacional. A fronteira política condiciona a instabilidade ou estabilidade das fronteiras brasileiras, pois de acordo com os interesses econômicos sociais e políticos do país, rompem-se ou firmam-se acordos podendo incluir ou aprofundar a exclusão desse segmento populacional de um mínimo de atenção à saúde. Não obstante as fronteiras políticas, dependendo dos resultados dos conflitos, todos os estrangeiros ou apátridas serão cerceados ou beneficiados em relação aos direitos sociais.

O quinto dilema parte da interpretação equivocada, e constantemente reiterada na região de fronteira, do preceito constitucional “saúde é direito de todos e dever do Estado”. A

---

<sup>26</sup> Detalhamento sobre o tema ver capítulo I.

compreensão reafirmada apreende a saúde enquanto um direito nacional, portanto, restrito aos brasileiros residentes no âmbito do território brasileiro, sem qualquer menção de extrapolar as divisas nacionais. Tal situação leva forçosamente a uma concepção de fronteira no sentido de limite, reiterando o direito à saúde como um direito nacional assegurado ao cidadão nacional.

As desmistificações desses dilemas passam pela compreensão de que a fronteira agrega várias significações e sentidos, como o geográfico, o simbólico, o jurídico, o constitucional e o político. Tais significados e sentidos impõem a necessidade de debate no cenário político nacional e supranacional, orientado para as relações internacionais, de forma que as necessidades imediatas presentes na esfera local, ponto de partida para a defesa e o aprofundamento de direitos e políticas sociais públicas de caráter universal, resguardando ações integrais gratuitas vinculadas aos direitos internacionais.

Mediante o exposto, o enfrentamento dos dilemas passa pela incorporação de uma concepção de fronteira que pressupõe: a existência de uma prática sanitária integral; o privilégio de práticas sanitárias e sociais em busca de resultados capazes de satisfazer tanto as necessidades individuais quanto as coletivas de saúde; entender como vem sendo utilizada a falta de atenção às necessidades de saúde ante a ausência de uma política de atendimento aos *brasiguaios* pela esfera política local, e quais os caminhos para ultrapassar tais situações.

Associados aos dilemas éticos e políticos, observam-se ainda outros fatores que traduzem as limitações à ação do assistente social na região fronteiriça, impedindo a construção de práticas sanitárias orientadas pela integralidade.

Falta vontade política em resolver a situação dos *brasiguaios*. (FS, 2006).

Os engodos levados a essa população *brasiguaias*, a informação que tive é que o cartão SUS feito para os *brasiguaios* no Paraguai jamais se efetivaria (SC, 2006).

O medo dos *brasiguaios* em procurar o Ministério Público pela situação irregular em que se encontram no país. A gente orienta, mas poucos vão até mesmo por falta de entendimento e concepção que é um direito (FS, 2006).

Pode-se inferir, a partir das falas, que essas situações ocorrem em detrimento da ausência da efetiva implementação das proposições sociais para o Mercosul, pensando no marco da garantia de um mínimo de direitos sociais para as comunidades fronteiriças. Associado a esse fato aparece a apreensão formal da fronteira como área de segurança nacional, conforme disposto no art. 2º do Estatuto do Estrangeiro. “Na aplicação desta lei se atenderá principalmente à segurança nacional, à organização institucional, aos interesses políticos, socioeconômicos e culturais do Brasil, bem como a defesa do trabalhador nacional”

(Lei nº. 6.815/1980).

A concepção jurídico-formal, retratada pelo disposto na lei, não reconhece as *zonas, faixas e linha de fronteira* como espaços de conflitos e solidariedade, mas as aponta como o fim do território brasileiro, reiterando, assim, uma abordagem conservadora em que não existem direitos humanos e sociais que extrapolem as divisas nacionais.

Verifica-se que essa concepção jurídico-formal é transversa à vida social do *brasiguai*, obrigando-o a uma vivência clandestina, uma vez que, quando orientado pelos assistentes sociais a procurarem as instituições como o Ministério Público e a Procuradoria Geral da União, eles não o fazem por medo de represálias.

Eu oriento acerca da possibilidade e direito de acesso, informo ao usuário quais os instrumentos que ele dispõe para sua efetivação. Ai ele pode utilizar todos os instrumentos para acessar, que seria o Ministério Público, o Conselho Municipal de Saúde e as Organizações não Governamentais (FS,2006).

Desta forma, a fronteira é percebida como espaços de controle, fiscalização, punição e cerceadoras de direitos, características que se apresentam no cotidiano dos assistentes sociais. Nessas situações os profissionais, individualmente, se revoltam e angustiam-se por tomar a cidadania como um valor estratégico, instrumental e fundamental para o acesso aos direitos sociais e não dispor de meios para viabilizá-la.

Em tal situação, a intervenção profissional incorpora a concepção, tanto em nível de debate quanto no plano da ação, de uma “cidadania passiva”, outorgada pelo Estado sob a perspectiva moral do favor e da tutela, desvinculando-se do ideal de cidadania ativa, no qual os sujeitos são portadores e criadores de direitos e deveres. São, portanto, responsáveis, igualmente pela abertura de novos espaços de participação política (GUIMARÃES, 2005).

Neste sentido, as formas que vêm sendo incorporadas pelos profissionais, no plano da intervenção, no enfrentamento e na transposição dos dilemas, embora apresentem um rumo ético-político contrário ao projeto societário atual, precisam ser dotadas de legitimidade teórico-metodológica para decifrar, no movimento histórico, a nova tendência ética e política, técnica e operativa que restringem e limitam a ação.

A articulação da defesa dos direitos sociais frente os dilemas éticos se dá colocando que a responsabilização da questão do direito é estatal. Orientando que a responsabilidade do direito é estatal, que a gente não tem como garantir, mas que podemos orientar e informar as formas de acessar o direito a saúde e encaminhamento para as demais políticas publicas e aquelas que a gente conhece mais (SF,2006).

Os assistentes sociais não reconhecem a distinção entre os princípios normativos e as leis que regulamentam o trato com estrangeiros, ou seja, transitam mecanicamente da intencionalidade derivadas do Código de Ética para a ação, não estabelecendo as mediações com o plano legal. Assim há uma confusão entre os princípios normativos que orientam a ação e as condições objetivas de sua realização.

As indicações pontuadas pelos profissionais sinalizam um caminho seguro a trilhar. Porém a ausência de vinculação com os debates e lutas específicas envolvendo a temática em questão, esvaziam as possibilidades de intervenção. Nota-se, nas falas até aqui expostas, a não referência e a não articulação com as leis que regulam as situações de migração no Brasil e com as propostas sociais do Mercosul, com as iniciativas da União, via SIS-Fronteiras, e até mesmo com as discussões locais incitadas pelos programas Itaipu Saúde na Fronteira e pelo Comitê da Tríplice Fronteira.

A vinculação da intervenção profissional a essas iniciativas reforçaria as ações profissionais por inscrevê-las no bojo de outros movimentos que vêm se posicionando favoravelmente ao direito à saúde dos *brasiguaios* sem ferir ou extrapolar a soberania do Estado paraguaio. Ou seja, ampliaria a luta em prol da criação de acordos ou leis que assegurem o acesso aos bens e serviços de saúde em ambos os lados da *linha de fronteira*.

A partir das indicações observa-se que, embora os assistentes sociais reconheçam a intervenção profissional na região de fronteira, polarizada em duas situações distintas, em que a primeira refere-se aos atendimentos aos cidadãos nacionais, e a segunda aos sujeitos não nacionais ou aos *brasiguaios*, o tratamento dispensando aos últimos, no plano da ação profissional, é a mesma dispensada aos primeiros.

A intervenção, implementada nesta perspectiva, apresenta uma dissonância entre teoria e prática, o que leva à inserção de forma acrítica na área da saúde sem resultados e retornos significativos para os usuários dos serviços sociais.

Desta forma, a premissa fundamental para que o assistente social tenha êxito nas intervenções profissionais na região de fronteira é a re-construção das competências, apreendendo as transformações societárias e os rearranjos presentes no capitalismo tardio, articulando-as às situações emblemáticas que permeiam esse espaço. Isto permitiria a elaboração de respostas mais qualificadas, do ponto de vista técnico-operativo e mais legitimadas, do ponto de vista sócio-político, para as situações que se apresentam no cotidiano institucional (MIOTO E NOGUEIRA, 2006).

Tal postura possibilitaria a apreensão e a intervenção a partir do fortalecimento do direito humano à saúde numa luta política aberta rumo à construção ou efetivação de leis,

acordos supranacionais e internacionais, não somente no âmbito do Mercosul ou das fronteiras brasileiras, mas que assegurem um mínimo de direito aos estrangeiros no contexto nacional, enfatizando a cidadania como um valor fundamental.

### 3.5. O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A ATENÇÃO AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS BRASIGUAIOS

Nos itens anteriores procurou-se caracterizar a intervenção do assistente social na região de fronteira, demarcando as suas particularidades e os seus dilemas ético-políticos e técnico-operativos. Esses dilemas denunciam as dificuldades dos assistentes sociais em situar o conjunto de situações específicas vividas na fronteira à condição local e global que permeia o cotidiano do *brasiguai*. Denuncia também uma reduzida articulação ao contexto sócio-histórico de redução dos direitos, no qual o desemprego, o subemprego e o empobrecimento geral da população revelam a refração de soluções democráticas e cidadãs tencionando esses conflitos.

Observa-se uma constante reiteração por parte dos profissionais do Serviço Social quanto a necessidade de se criar uma política de atendimento voltada à garantia da atenção às necessidades de saúde desses segmentos de brasileiros que moram no Paraguai, porém não se identifica, nas falas, vinculações com outras instituições e movimentos que projetem, como metas, as mesmas proposições.

É nesse terreno, de não reconhecimento de outros sujeitos políticos, apresentado como bandeira de luta à criação de políticas ou acordos nacionais, supranacionais ou internacionais que assegurem o ingresso dos brasileiros residentes no Paraguai ao sistema público de saúde em Foz do Iguaçu, que se identifica o quanto a integralidade vem sendo reclamada enquanto princípio norteador e orientador da construção de novas práticas e ações de saúde.

Embora não com uma perspectiva teórica clara, a integralidade é um princípio, um pilar constante nas falas e na intervenção do assistente social. A busca incessante para garantir a atenção integral, no âmbito do sistema de saúde de Foz do Iguaçu, revela esse fato, bem como a firme insistência da criação de marcos legais que legitimem jurídica e politicamente o direito de acesso aos serviços de saúde.

Como o Mercosul vem discutindo isso eu não sei, mas tem que ter um projeto, uma ação, uma lei ou algo que determine a existência de serviços de saúde específicos para as regiões de fronteira, não somente para a região da fronteira de Foz do

Iguaçu, mas para todas as fronteiras (FS, 2006).

É necessário a garantia do direito a saúde dessas pessoas que transitam nas fronteiras, principalmente os *brasiguaios*, uma legislação que não se preocupe com os aspectos econômicos, só com o capital, uma vez que atender *brasiguai* não dá lucro (SS, 2006).

Nestas falas, a integralidade aparece travestida em um dos seus vários sentidos e significados. Trata-se da integralidade na configuração de novas políticas sociais que poderiam, no dizer de Matos (2005), serem chamadas de especiais.

Esta idéia parte de um sentido de integralidade buscando desenhar políticas específicas para dar respostas a determinados problemas de saúde que afetam certos segmentos populacionais sem desvincular ou desconsiderar a totalidade da assistência. Neste sentido, a política proposta deve abarcar os diferentes níveis de complexidade sem prejuízo na assistência e na prevenção, oferecendo respostas abrangentes às solicitações demandadas.

Trata-se, portanto, da construção de uma política que apreenda as necessidades de saúde como eixo estruturante da integralidade. Tal enfoque permitiria “romper com várias dicotomias, como a dissociação entre os níveis macro e micropolítico - que efetivamente paralisam a discussão crítica e, possivelmente, mesmo a ação inovadora” (CECILIO, 2001, p.14-5).

A integralidade, como eixo de construção de uma política de atendimento específica para a região de fronteira, deve ter como pilar, as necessidades de saúde do *brasiguaios*. Tal postura permitiria a formulação de ações a partir das condições de vida e de trabalho desse grupo, possibilitando a criação de serviços que incidissem sistematicamente nos determinantes sociais influentes nos estados de saúde e de doença.

Desta forma, a futura política ou programa deverá ser pensado a partir dos processos sociais locais do cotidiano fronteiriço, com suas formas peculiares de nascer, viver, adoecer e morrer dos *brasiguaios*. Ou seja, mostram os estilos de vida, os meios e estratégias de sobrevivência a partir dos quais se compreende a saúde e a doença. Essas proposições devem nascer da adoção de uma visão ampliada do conceito de saúde, reconhecendo que “a negação do direito tem grande importância na construção social de vários problemas de saúde, cujo enfrentamento torna fundamental exatamente resgatar aqueles direitos” (MATTOS, 2005, p.57).

A formulação de uma política para a região de fronteira deve ser estruturada a partir da renúncia ao modelo de saúde pública tradicional, conservador, que reafirma, com suas práticas, as tendências privatistas e de mercado, devendo privilegiar conceito de saúde

ampliado. Tal proposta poderá ser encaminhada se articular as discussões sociais do Mercosul e os debates locais que anseiam por respostas a situações vivenciadas.

Um outro sentido da integralidade, que aparece de forma mais explícita nas falas e na intervenção dos assistentes sociais, refere-se ao modo de organizar os serviços de saúde. A partir desta concepção, a integralidade se coloca como uma forma de enfrentamento dos dilemas éticos vividos nos locais de trabalho pelos profissionais.

No dia a dia da fronteira a gente vê programa que atende especificamente, igual aquele programa que atende as gestantes brasileiras que estão morando no Paraguai. Segundo informação do Centro Materno Infantil, criado para atender as gestantes brasiguaias, as gestantes para serem atendidas têm que trazer um comprovante de que mora no Paraguai. Olha a incoerência, no Paraguai pouco se emite conta de luz, acho que o comprovante de água nem existe. Diante disso as gestantes brasiguaias vão continuar usando as mesmas estratégias que antes, mentindo que moram aqui e utilizando comprovante de residência falso. Porque só as gestantes e com um acompanhamento pré-determinado de 12 meses? Depois elas deixam de ser brasiguaias? Não vão ficar doentes? E a regularização da documentação civil da criança para que vai servir se o direito a saúde tem um prazo de validade (SS, 2006).

Partindo da colocação acima se observa que a integralidade aparece na preocupação com a estruturação de uma rede de serviços que permita, de fato, a atenção integral, aqui entendida como acesso a todos os bens e serviços de que a população individual ou coletivamente necessitar, “*em que o pleno exercício do direito de acesso aos serviços de saúde impliquem em uma das condições de vida digna*” (MATTOS, 2005, p.35).

Reafirma a premissa de que a defesa da saúde como direito passa pela luta, criação e fortalecimento das instâncias reguladoras e fomentadoras de novas ações e serviços de saúde, pensada no contexto em que emergem as necessidades de saúde. Supõe ainda uma defesa articulada das medidas que melhorem as condições de vida e de trabalho assegurando, também, o acesso aos serviços que sejam necessários.

Essa problematização evoca, no plano da intervenção do assistente social, o resgate da cidadania como um fundamento central da ação, enquanto um instrumento que confere aos sujeitos individuais ou coletivos as possibilidades de exercerem seus direitos, através de práticas que resguardem a titularidade do direito a essas pessoas.

Desta maneira, ainda que não reconhecendo, os assistentes sociais apresentam em seus discursos uma incipiente *política* de construção de ações e serviços de saúde destinados aos brasiguaios, permeada por um ideal de igualdade e equidade nos quais o empobrecimento e a vulnerabilidade da linha de fronteira sejam considerados na construção de uma nova sociabilidade. E ainda, na qual o direito à saúde seja efetivado a partir das condições reais de existência.

Um terceiro e último sentido da integralidade, presente na intervenção profissional dos assistentes sociais na região de fronteira, relaciona-se à integralidade “como construção e prática social que reúne valores que as pessoas defendem” (Pinheiro e Mattos, 2003). É neste terreno fértil que, incorporando esse significado da integralidade, os assistentes sociais têm construído intervenções na direção de ultrapassar os dilemas ético-políticos e técnico-operativos inerentes ao cerceamento da atenção à saúde dos *brasiguaios*.

Há que se considerar que os profissionais do Serviço Social não sintonizam e nem vinculam ao princípio da integralidade as suas estratégias de intervenção, muito embora este se apresente no discurso e nas práticas, como se identifica nas falas a seguir.

As estratégias para transpor esses dilemas, eu tenho buscado informação e orientações junto a União, que nunca orienta, nunca sabe de nada e nunca dá respostas e às vezes ficam até chocados com as situações. Tenho buscado negociações com o gestor e orientado o usuário dos caminhos possíveis para seus direitos. Por outro lado eu tenho buscado mais informação técnica sobre o direito internacional depois de ter conhecimento do seu trabalho (SC, 2006).

As principais orientações são daquilo que é possível fazer dentro da realidade que está estabelecida, a negociação com o gestor para que ele responda as demandas solicitadas por esses usuários brasiguaios (FS, 2006).

Nota-se que as intervenções profissionais buscam evidenciar para o gestor a necessidade da mediação entre as solicitações demandadas e aquilo que pode ou deve ser dispensado em forma de ações e serviços de saúde para os *brasiguaios*. Essa postura indica as possibilidades de sensibilização de uma luta política dos sujeitos sociais em torno da construção de novas práticas sanitárias. Práticas que denunciem a negação do direito à saúde ou a sua racionalização, e que defendam esse mesmo direito como um direito de cidadania.

A sustentação dessa nova cultura do fazer profissional pautado na integralidade exige do assistente social a ampliação do seu potencial de negociação, de proposição, de conhecedor da realidade institucional, articulada ao quadro das contradições resultante dos projetos de saúde em disputa.

O assistente social vem apresentando, no plano da intervenção, ainda que não reconhecendo no plano teórico, a capacidade de negociação, de orientação e de proposição frente ao gestor. Ele utiliza essa capacidade como instrumento capaz de apreender e encaminhar as situações demandadas pelos *brasiguaios*, numa perspectiva em que o direito à saúde é acesso universal com atenção integral nos diversos níveis e complexidade dos serviços.

Tal postura leva o assistente social a vincular a intervenção profissional ao conjunto de



práticas sanitárias que buscam superar os obstáculos interpostos na implementação das conquistas sociais asseguradas na Constituição de 1988. Imputa a necessidade de o profissional exercitar ao máximo a sua criatividade de combinar forças técnicas, políticas e administrativas existentes à realidade de cada local com os aspectos da necessidade tal como expressa pelos usuários (PINHEIRO *et al*, 2005, p.19).

Neste cenário exige-se do profissional assistente social uma nova reflexão sobre os sujeitos sociais que vivem no entorno da fronteira, um olhar que ultrapasse a concepção de usuário passivo dos serviços sociais. Requisita-se uma apreensão desses sujeitos como parte constitutiva da construção de uma nova prática de saúde, rompendo com a tutela que, por vezes, vem sendo constatada nos discursos profissionais. É necessário o reconhecimento desses usuários como sujeitos políticos dotados de intencionalidades, de teleologia, representações e subjetividade, capazes de transformar ou ultrapassar as realidades presentes.

Esse posicionamento profissional é de fundamental importância à medida em que permite a politização e a inserção dos *brasiguaios* na luta jurídica e política no resguardo de seus direitos, que atualmente submetem-se à proteção dos assistentes sociais, que por vezes, assumem um papel reivindicatório dos direitos deste segmento populacional sem reclamar ou privilegiar a sua participação.

A construção de uma prática efetivamente social impõe, ao assistente social, a criação de estratégias para resistir e ultrapassar os desafios, em inscrever-se nas lutas e mobilizações contra os projetos societários fundados em valores contrários àqueles defendidos pela categoria. Requer um profissional com um perfil que saiba dialogar, negociar, mediar, argumentar, propor e apresentar saídas para os problemas e desafios (GUIMARAES, 2005, p.20-1).

Assim, demanda e direito configura-se como práticas sociais com correspondência em diferentes planos políticos e institucionais, como exercício democrático e legítimo de afirmação de cidadania, no sentido da igualdade e liberdade em contextos sociais históricos e culturais, nos quais a diferença se coloca como direito definitivo (PINHEIRO, *et al*, 2005, p.20).

A partir do exposto, se pode inferir que a atenção às necessidades de saúde dos *brasiguaios*, desejada e perseguida pelos assistentes sociais, através da atuação profissional, tem levado a uma vinculação ampliada da intervenção profissional com o princípio da integralidade, embora não reconhecido pelo universo profissional.

Assim, observa-se que a integralidade, consciente ou inconscientemente, vem sendo um princípio norteador e orientador da intervenção profissional do assistente social, na

fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai, na defesa e garantia da inclusão e atenção integral às necessidades de saúde dos *brasiguaios*. Ainda que de forma tímida este princípio aparece nas estratégias de intervenção que os profissionais constroem cotidianamente e isoladamente nos seus espaços ocupacionais.

Esta busca de atenção integral às necessidades de saúde dos brasileiros residentes no Paraguai, têm levado os profissionais à construção de práticas sanitárias integrais, ainda que precárias pelo insuficiente conhecimento, que ultrapassem os dilemas éticos materializados na falta de regularização da nacionalidade, na falta de documentação, na escassez de recursos financeiros, em sobreposição ao direito humano à vida.

Recoloca-se neste contexto a necessidade de revisitar os valores que fundam o projeto-ético-político profissional, como reitera Imamamoto (1999), principalmente o que enuncia o compromisso com o aprimoramento intelectual, sem o qual a intervenção profissional se vê fadada ao fracasso. Trata-se, portanto, de um aprender a reaprender a analisar o significado social da intervenção profissional nos limites da democracia burguesa, que interferem significativamente no cotidiano fronteiriço, naturalizando os conflitos e contradições.

Reclama-se uma clareza na apreensão das particularidades da expressão da questão social e como estas interferem na vida dos sujeitos, suas formas de organização e luta, no quadro das tensões entre a defesa dos direitos e a mercantilização dos bens e serviços públicos na região de fronteira. Torna-se, ainda, de fundamental importância uma articulação política permanente com os movimentos, programas, instituições e a sociedade civil organizada, que buscam a garantia da atenção integral às necessidades de saúde dos *brasiguaios*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dilemas presentes na intervenção do assistente social na região de fronteira, que interferem na atenção integral as necessidades de saúde dos *brasiguaios* perpassam por questões que envolvem, de um lado, a imediatividade das demandas colocadas ao fazer profissional que expressam as assimetrias entre as normatizações e legislações de cada país para assegurar o direito à saúde dessa população, requisitando ações a nível internacional; e de outro retratam as fragilidades teórico-metodológica no trato das situações particulares comuns no espaço fronteiriço.

Identificou-se que os assistentes sociais que atuam na Fronteira de Foz do Iguaçu com Ciudad del Este, encontram-se sem condições de estabelecer as mediações necessárias para apreender e analisar criticamente e a fundo a realidade social na qual se inscreve a intervenção profissional na região de fronteira.

Há uma dificuldade dos assistentes sociais de apreender e compreender o significado social da ação profissional na região estudada, expressando uma não identificação dos dilemas ético-político e técnico-operativo presentes na intervenção profissional do assistente social e que interferem na atenção integral das necessidades de saúde dos *brasiguaios* no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu, objetivo geral desta proposta de pesquisa.

Trata-se, portanto de uma aparente limitação na compreensão de que a fronteira é um espaço circunscrito socialmente, permeada por questões das mais diversas ordens, locais e globais, quer sejam de natureza estruturais, políticas culturais, sociais, jurídicas, conjunturais e históricas, e de acordo como vão sendo incorporadas essas características na intervenção estas vão possibilitando ou não o enfrentamento na redução das desigualdades enfrentadas pelos *brasiguaios* no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu.

Neste quadro, permeado por antagonismos e contradições, é que inicia-se os desvendamentos daquilo que se buscou investigar. Ou, em outras palavras, sobre as características particulares da intervenção profissional na região de fronteira, sobre os dilemas enfrentados pelos assistentes sociais na atenção às necessidades de saúde da população *brasiguaiia* e como a integralidade articulada ao projeto ético-político-profissional, vem se tornando um pilar para a construção de estratégias no sentido de redução das iniquidades em saúde vividas por esse segmento populacional.

Os assistentes sociais atuantes no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu compreendem a intervenção profissional como a ação realizada junto ao usuário, ou seja, o

atendimento em si. Manifestam dificuldade em reconhecer explicitamente que essa intervenção profissional apresenta um rumo ético-político orientado a favor da defesa intransigente do direito humano à saúde dos *brasiguaios*. Esse rumo é expresso nos posicionamentos na construção de estratégias para viabilização dos direitos.

Neste sentido, a intervenção do assistente social se coloca como parte de um conjunto de práticas especializadas, cuja ação esta voltada a uma demanda social derivada das mais diversas expressões da “questão social” manifestadas no campo da saúde. Nesta direção reconhecem descoladas das determinações estruturais e conjunturais que as ações profissionais desenvolvidas são delineadas a partir das demandas e dos espaços ocupacionais expressando as particularidades de cada área ou região de atuação. Percebem as características distintas na região de fronteira, que particularizam o fazer e o agir profissional no enfrentamento das demandas cotidianas.

Nesta direção, relatam como primeira característica particular da intervenção na área da saúde na região de fronteira, os fenômenos da mobilidade humana que levam brasileiros a migrarem para o Paraguai e lá residirem e, no entanto buscar proteção social estatal, em especial a saúde, em Foz do Iguaçu.

Observa-se que as tentativas de inserção dos *brasiguaios* no sistema de saúde, via intervenções profissionais estratégicas, relaciona-se diretamente a opção dessa população em residir no Paraguai. Tal escolha confronta-se com a concepção jurídico formal sob a qual se assenta a seguridade social brasileira, que afirma a proteção social estatal como um direito nacional para os residentes no Brasil.

Essa situação expressa a fronteira política como elemento balizador e limite impeditivo da ação profissional para inserção dos *brasiguaios* na vida social e conseqüentemente no sistema de saúde do Brasil, por se tratar de questões que envolvem a cidadania nacional e os poderes públicos. Desta forma, atuar nas demandas imediatas da fronteira territorial implica em ter como horizonte à ultrapassagem da fronteira política.

Assim, o fenômeno migratório na fronteira de Foz do Iguaçu com Ciudad del Este, apresenta uma característica particular dos demais movimentos observados na sociedade contemporânea, pois comumente os sujeitos que migram de um país a outro reclamam a proteção social pública no país de destino. Já os *brasiguaios*, embora residam em território estrangeiro, reivindicam do Estado brasileiro a garantia dos direitos sociais, questionando a concepção jurídico formal, presente na concessão dos direitos fundamentais.

Assim, as posturas, os discursos e as ações dos profissionais revelam uma compreensão de que os brasileiros, ao migrarem para o Paraguai, não abriam mão, de fato, de

sua cidadania brasileira. Tal apreensão é antagônica as abordagens do critério *jus sólis* afirmada no Brasil, que vem fundamentando o direito à saúde no critério da residência. Desta forma, os assistentes sociais reconhecem como legítimo, garantir, assegurar a titularidade do direito ao *brasiguai* no sistema público de saúde local.

Neste cenário, uma outra característica que afeta intervenção profissional, demarcada com a investigação, é a permanente falta de documentação da população *brasiguai*, derivada da situação de pobreza de grande parte desta população, que não conta com recursos suficientes para os custos dos processos de legalização de documentos.

A falta de documentação, aliada à ausência de iniciativas dos governos brasileiro e paraguaio para resolução dessa situação, reitera e obstaculiza o usufruto e a titularidade do direito à saúde. De um lado, por não atender às determinações e aos critérios adotados pela política de saúde no território brasileiro, e, de outro, pelo não reconhecimento enquanto um cidadão paraguaio, portanto não portador de direito naquele território. Reafirma-se, ainda, que esta situação dá margem e se coloca como uma estratégia de redução do “inchaço” dos serviços públicos de saúde em Foz do Iguaçu, uma vez que, sem a apresentação da documentação civil, não há atendimento.

Face a estas contradições, os assistentes sociais deparam-se com inúmeras estratégias ilegais utilizadas pelos *brasiguaios* para o ingresso no sistema de saúde local, situação que pode ser apontada como mais uma particularidade da ação profissional na fronteira. Essas estratégias, ainda que ilícitas, se tornam a maneira que os brasileiros não residentes têm encontrado para ingressar no sistema de saúde local em busca de satisfação de suas necessidades de saúde.

As estratégias comumente identificadas pelos profissionais são: falsificação de documentos em geral (comprovante de residência, documentação civil), caracterização de situações de emergência e adoção de intérpretes sinalizando não compreensão da língua portuguesa. Tais estratégias demonstram no cotidiano dos espaços institucionais que o ilícito na região de fronteira tornou-se uma das poucas, se não a única forma encontrada pelos *brasiguaios* para o ingresso no sistema de saúde local, e o profissional nesse meio vê-se acuado em muitas situações em que o risco de morte está presente.

No enfretamento dessas questões, o assistente social tem frequentemente implementado ações sensibilizadoras de direitos, ainda que não disponha de meios para provê-los, através de interlocuções com órgãos públicos que possam auxiliar no encaminhamento e na resolução das demandas tais como: o Ministério Público Federal e Estadual, o Fórum da Comarca de Foz do Iguaçu, através das Varas da Infância e da Família,

os Conselhos de Direitos, etc.

Tais estratégias têm pouca visibilidade dado ao fato da baixa adesão dos *brasiguaios*, que por desconhecimento das legislações de ambos países, não procuram as vias legais para assegurar a titularidade do direito a saúde, entendendo que poderão vir a sofrer algum tipo de punição pela condição da ilegalidade, ou permanência clandestina no território nacional.

Assim a ambigüidade e imprecisão presentes na fronteira que, de um lado, o *brasiguai* não mais é cidadão brasileiro, e de outro, não é cidadão no país de destino recaem sobre a ação do assistente social como uma particularidade desse espaço.

As intervenções construídas pelos assistentes sociais têm levado os Núcleos e as Unidades de Saúdes locais a se constituírem como portas de entrada para as demais políticas setoriais, uma vez que as estratégias construídas, ainda que de forma isolada pelos profissionais, têm obtido, em alguns casos, resultados significativos para essa população. Este fato fomenta a procura e aumenta a demanda pelos profissionais.

Desta afirmação explicitam-se os dilemas presentes na intervenção profissional do assistente social, que tem colocado em permanente tensão e angústia a atuação profissional na atenção integral das necessidades de saúde dos *brasiguaios*. Dilemas que emergem primeiramente da condição local e global que atravessa a vida social dos *brasiguaios*. Ainda que brasileiros, a condição de residentes em outro país afasta as possibilidades de usufruto do direito à saúde no Brasil.

Tal dilema decorre da ausência de um marco legal que defina com clareza um mínimo de direitos sociais nacionais e internacionais, no contexto da integração regional vinculada às discussões e proposições sociais do Mercosul, no intuito de regulamentar a situação dos segmentos populacionais que vivem no entorno da fronteira. Ainda que se considere a condição do Brasil de país signatário do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Culturais e Sociais, tal prerrogativa não tem assegurado o direito humano à saúde aos *brasiguaios*, entendendo que o pacto estabelece, via-de-regra, a garantia dos direitos sociais dentro de um planejamento futuro, desconsiderando as situações emergências. Corrobora com essa situação a não punição dos Estados violadores dessas garantias.

Identifica-se que tal postura reitera a necessidade de ampla discussão acerca da coesão social e da integração regional no bojo da agenda social do Mercosul, tendo como ponto de partida as situações particulares das comunidades fronteiriças na formulação de políticas sociais nacionais e internacionais, em prol da integração que ultrapasse as pautas dos direitos aduaneiros, laborais e comerciais, considerando a influência da política de saúde sobre esses temas.

Um segundo dilema que foi identificado como derivado da condição local e global presente na vida social dos *brasiguaios*, é a sobreposição da nacionalidade, da documentação civil, da residência no território nacional para a recusa da garantia do direito à saúde. Essa situação parece indicar que a concepção conservadora do direito incorporado pelos gestores, associada à apreensão conservadora e doutrinal da fronteira enquanto limite e área de segurança nacional, repõe sobre a intervenção contradições fundantes que impactam o exercício profissional.

Esse formalismo presente na política de saúde, acompanhado de instrumentos de compensação financeira e de controle (Programa Saúde da Família e Cartão SUS), que corporificam as práticas racionalizadoras adotadas pelas esferas da União, Estados e Municípios, reafirmam a supervalorização do econômico em detrimento do social. Esta proposta contraria os valores que fundamentam o projeto ético-político da categoria dos assistentes sociais, favorecendo o surgimento de um terceiro dilema para a ação profissional na região de fronteira.

Verifica-se que a implementação do sistema de saúde pautado numa visão distrital conservadora, tendo por base o território solo, torna-se, na região de fronteira, um elemento potencialmente intensificador dos processos de exclusão dos brasileiros não residentes no território nacional do sistema de saúde local. Isto porque as ações e os serviços de saúde à população ocorrem a partir do critério da residência em determinado lugar e não pelas preferências e facilidades de acesso dos sujeitos.

Essa concepção incorporada na implementação das ações e dos serviços de saúde, no município de Foz do Iguaçu, não apreende a fronteira como um espaço que apresenta uma forma particular de organização social, marcado por conflitos e solidariedade, no qual brasileiros, *brasiguaios* e sujeitos de nacionalidades distintas cruzam e recruzam as cidades e as regiões contíguas à linha, zona ou faixa de fronteira, na luta pela sobrevivência individual e coletiva.

Para, além disso, a desvinculação da cidadania ligada ao local de nascimento e residência como condição de acesso ao direito à saúde, no Brasil, distanciam esses profissionais da apreensão que o local e o global, na região de fronteira, caminham lado a lado, requerendo intervenções articuladas e respaldadas pelo direito internacional.

Desta forma, o local e o global interferem na atuação do assistente social à medida que a resolução e o encaminhamento das demandas dos *brasiguaios* não decorrem somente da intencionalidade dos profissionais, ou de acordos e pactos locais, mas necessitam de intervenções do nível central para regulamentação de tratados ou leis internacionais.

Esta interferência é intensificada na intervenção profissional pelo desconhecimento e pela ausência de articulação às discussões da integração regional que, na *faixa e linha de fronteira*, tem elevada importância. Esse não reconhecimento coloca aos assistentes sociais uma aparente facilidade na resolução dessa situação. Assegurar proteção social estatal aos *brasiguaios*, no Brasil, não deve ser uma decisão unilateral, há que se considerar a miscigenação, as peculiaridades de cada fronteira, os diferentes sistemas de saúde, a cultura, os modos de adoecer e morrer e a própria escolha de residir em outro país.

Neste sentido, as particularidades e os dilemas ético-político e técnico-operativo da intervenção profissional na região de fronteira são resultantes de uma ordem mundial fundada na concentração de renda e na desigualdade social. São materializadas em projetos societários antagônicos presentes no interior das políticas sociais que, articuladas ao cenário local, são intensificadas pelas características singulares de cada espaço fronteiriço, se apresentando, em sua maioria, como um local marginal, descolado do governo central; uma esfera autônoma de passagem para o internacional.

Desta forma, tais são, no limite, dilemas oriundos dos projetos societários em disputa no estágio capitalista atual, aos quais se vinculam os projetos profissionais. Trata-se, portanto, de dilemas que exigem uma transformação radical na estrutura social em favor da construção de uma nova ordem societária radicalmente democrática. Entendendo-se que intervir nas demandas imediatas comuns a região de fronteira exige o conhecimento das leis, políticas e constituição dos países, de forma a não perder de vista a organicidade das ações.

Torna-se urgente e necessária a apropriação de um referencial teórico-metodológico de raiz crítica que possibilite ao assistente social compreender a relação entre o movimento institucional e as demandas da população *brasiguaiia*, apreendendo que a fronteira é um espaço local que se abre para o internacional, e, neste espaço, as políticas sociais, em especial as da saúde, efetivamente públicas, devem ser pensadas no contexto da integração regional vinculadas ao Mercosul Social.

Além desse encaminhamento deve, o assistente social, vincular e socializar as suas propostas de garantia do direito à saúde aos *brasiguaios*, com os demais profissionais de saúde, superando a inserção periférica e histórica nesta área. Bem como se articular, ainda, as mobilizações existentes na região da fronteira com o intuito de agregar conteúdos novos, como o debate contemporâneo sobre as fronteiras e contribuir na formação de sujeitos políticos capazes de criar resistência e pressionar tanto o governo brasileiro, quanto o governo paraguaio a cumprir as tratativas internacionais referentes ao direito humano à saúde.

Uma outra indicação que deve ser enfatizada é a vinculação ou a introdução dessas



discussões com as entidades representativas da categoria profissional de Serviço Social, o conjunto CFESS/CRESS, que pode estar subsidiando ou orientando as vias possíveis a seguir. É importante recordar a comissão que vem discutindo e assessorando algumas questões em nível de Mercosul no CFESS.

Aparentemente a fragilidade e a debilidade da intervenção profissional têm condicionado as atuações dos assistentes sociais em ações residuais que não reconhecem o potencial contido no movimento real do cenário da fronteira. Desta forma, os assistentes sociais propõem intervenções isoladas que não apreendem as fronteiras políticas como condicionadoras da instabilidade das fronteiras brasileiras de acordo com os interesses econômicos, políticos e sociais, tornando-se os verdadeiros muros da exclusão e aprofundamento das desigualdades sociais.

Portanto, tal postura leva ao não reconhecimento de que a fronteira geográfica demanda no cotidiano institucional a resolução das situações mais imediatas, tais como: documentação civil e regularização da situação no território brasileiro, que devem ser encaminhadas olhando para o mediato. Pensar no mediato requer uma ampla compreensão das discussões do Mercosul e sua agenda social no plano das políticas sociais, que embora tenham avançado somente no campo do discurso institucional devem ser permanentemente fomentadas.

Frente a essa complexa situação, os assistentes sociais parecem não dispor de um instrumento heurístico que lhes permita sistematizar as ações. Deve-se, porém reconhecer a preocupação extremamente acentuada na busca pela promoção da atenção integral às necessidades de saúde dos *brasiguaios* a partir do posicionamento em favor da criação de um marco legal que resguarde o direito à saúde dessa população.

Esse apontamento reitera a necessidade da construção de práticas sanitárias eficazes, nas quais a integralidade seja o princípio fundante da organização da rede de serviços e na criação de políticas específicas. Entende-se que a integralidade ratifica valores presentes na concepção jurídica conceitual do SUS, consoantes com os valores que informa as intervenções profissionais, exigindo a sua materialização, ações já desempenhadas pelos assistentes sociais, embora estes não reconheçam.

A integralidade, como prática social, requer uma intervenção profissional pautada na informação, na orientação, na negociação, com um olhar para o imediato e o mediato, capaz de captar as demandas e o direito como concepções renovadoras de sentido, significados e vozes de sujeitos, identidades e interesses em uma dada sociedade e em um determinado momento histórico (PINHEIRO, *et al*, 2005, p.20).

Torna-se relevante a sistematização das suas intervenções, articuladas às ações dos demais trabalhadores da saúde, considerando as condições de vida, de trabalho e de inserção da população *brasiguaiia* na comunidade iguaçuense como o ponto de partida para a formulação de respostas profissionais aos dilemas empreendidos no fazer profissional, na atenção às demandas de saúde desse segmento populacional.

Diante de tais afirmações, aponta-se como proposta o estabelecimento de rotinas e procedimentos unívocos nas intervenções profissionais conferindo legitimidade e sustentação às ações voltadas aos *brasiguaios*. Estas ações hoje se encontram fragilizadas pelo isolamento e pelas diferentes formas de encaminhamento das situações, revelando falta de detalhamento dos caminhos legais trilhados no encaminhamento das soluções.

A sistematização da intervenção profissional torna-se um elemento de significativa importância para o enfrentamento dos dilemas ético-político e técnico-operativo vividos pelos assistentes sociais na região de fronteira. A sistematização e o pensar crítico sobre a ação permite conferir autonomia e visibilidade social e institucional ao fazer profissional, impondo o exercício da dimensão intelectual como o elemento essencial que possibilitará avaliar as condições sociais e institucionais, com suas contradições éticas, políticas e econômicas, para formular estratégias profissionais que resguardem o ingresso dos *brasiguaios* no sistema de saúde brasileiro.

Consolidar e legitimar a direção social empreendida nas intervenções dos assistentes sociais na região de fronteira requer, dos profissionais, um efetivo compromisso com o aprimoramento intelectual que permanentemente realimenta o arcabouço teórico-metodológico, a partir do qual se pensa, se elabora e se conduz as estratégias de ação. A incorporação de tal postura levará seguramente os profissionais a apreenderem que a fronteira é um espaço local que se integra à revelia dos chefes de Estado, devido às fragilidades dos municípios de *linha de fronteira*, áreas em que as desigualdades sociais, regionais e nacionais se intensificam e se fomentam pela vulnerabilidade da comunidade fronteiriça que tem uma inserção dinâmica na vida das cidades, porém insegura pela ausência da condição de cidadania.

Afirma-se que os assistentes sociais que atuam no sistema público de saúde, a partir de suas experiências profissionais, têm muito a contribuir na superação do formalismo que restringe a titularidade do direito à saúde, condicionada ao lugar de nascimento e residência na *linha de fronteira* de Foz do Iguaçu com Ciudad del Este, reiterando continuamente a contigüidade do território epidemiológico e sanitário para além das fronteiras, independente dos perfis populacionais e dos distintos sistemas de saúde.

Por fim, enfatiza-se que os assistentes sociais devem apreender que as situações vividas pelos *brasiguaios* integram-se aos problemas oriundos do reduzido comprometimento público com a migração enquanto fenômeno político, econômico e social que afligem as fronteiras em demasia.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. **A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO/HUCITEC, 1995.

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Primeiro Seminário da Tríplice fronteira**. Foz do Iguaçu: 2003. Disponível em <<http://www.acifi.org.br>>. Acesso em 25 set 2005.

ASTORGA J., Ignácio. **Contexto dos Países e da Fronteira**. In: Revista de Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002 / Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de teoria do Estado e ciência política**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BEHARES, Luis Ernesto (org.) **Fronteiras, educação, integração**. Santa Maria: Pallotti, 1996. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>>. Acesso em 10 maio 2006.

BERLINGUER, G.. **A doença**. São Paulo: CEBES/HUCITE, 1988.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campos, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição aberta: temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no federalismo das regiões**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

\_\_\_\_\_. **Ciências políticas**. 10. ed. 9ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2000.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direito Constitucional**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

\_\_\_\_\_. **Do Estado liberal ao Estado social**. 5. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1993.

BONTEMPO, Alessandra Gotti. **Direitos sociais: eficácia e acionalidade à luz da Constituição de 1988**. Curitiba: Juruá, 2005.

BOSI, Maria Lucia M.; MARTINEZ, Francisco J. M. **Notas para um debate: A pesquisa qualitativa (em saúde), entre o interesse e o questionamento**. In: pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Maria Lucia Magalhães Bosi e Francisco Javier Mercado Martinez (org). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRAMBATTI, Eliane. **Direito à saúde na tríplice fronteira: um estudo sobre o acesso dos brasiguaios aos bens e serviços de saúde na rede de assistência especializada de Foz do Iguaçu - Paraná**. Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Faculdade União das Américas. Foz do Iguaçu: 2005, 82p.

BRAVO, Maria Inês. **O Serviço Social e a reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara, A. P. (org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, M.I.; MATOS, M.C. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In Serviço Social e Democracia. BRAVO, M.I.; PEREIRA, Potyara A.P.(org). São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_(org). Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social** (vários autores). São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. Coletânea de textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Florianópolis: 2006.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. **Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Secretaria de Programas Regionais do Ministério da Integração Nacional. Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira. Brasília, 2004. Disponível em <<http://www.igeo.ufrj.br>>. Acesso em 09 maio 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Justiça. **Lei nº 6.815/80. Regula a situação jurídica do estrangeiro no Brasil**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Determinantes sociais da saúde**. Disponível em <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_, **Ministério da Saúde**. de 13 de março de 2006. Portaria nº 532/GM de 14 de março de 2006. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

CAMARGO JR, K.R. **As muitas vozes da integralidade**. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos (org.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2001. 180p.

\_\_\_\_\_. **Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade**. In: Os sentidos da integralidade. Construção de saberes: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Mattos (org.). Rio de Janeiro, IMS/Abrasco, 2003.

CAMILO, Maria Virginia R. F. Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 59. São Paulo: Cortez, 1999.

CAMMARATA, Emilce Beatriz. **Misiones: turismo, paisaje en la frontera con Paraguay y Brasil**. Universidad Nacional de Misiones – Argentina, 2004. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/forum>> Acesso em 23 maio 2006.

CANCLINI, Nestor Garcia. **Culturas híbridas, poderes públicos**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/cdrom/canclini/index01>>. Acesso em 08 maio 2006.

\_\_\_\_\_. **La globalización imaginada.** México. Portal Paidós, 1999. p.238. Disponível em <<http://www.lit.polylog.org/3/sngnm-es.htm>>. Acesso em 07 maio 2006.

\_\_\_\_\_. **Cultura e comunicação: entre o local e o global.** La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 1997a. Portal Paidós. Disponível em <<http://www.lit.polylog.org/3/sngnm-es.htm>>. Acesso em 07 maio 2006.

\_\_\_\_\_. **Imaginários urbanos.** Buenos Aires: EUDEBA, 1997b. Portal Paidós. Disponível em <<http://www.lit.polylog.org/3/sngnm-es.htm>>. Acesso em 07 maio 2006.

\_\_\_\_\_. **Ideología, cultura y poder.** Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del C.B.B., 1995. Portal Paidós. Disponível em <<http://www.lit.polylog.org/3/sngnm-es.htm>>. Acesso em 07 maio 2006.

\_\_\_\_\_. **Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad.** México: Grijalbo, 1990. Portal Paidós. Disponível em <<http://www.lit.polylog.org/3/sngnm-es.htm>>. Acesso em 07 maio 2006.

CANOTILHO, J. J. G. **Tomemos a sério os direitos econômicos, sociais e culturais.** In: Estudos em homenagem ao Professor Doutor A. Ferrer Correia. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1991.

CARVALHO, Guido Ivan de. SANTOS, Lenir. **Comentários a Lei Orgânica da Saúde** (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CASTRO, Iná Maria; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (org.). **Geografia conceitos e temas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

CASTRO, M. G. **Migrações internacionais: contribuições para políticas.** Brasil, 2000. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Brasília, 2001.

CATTA, Luiz Eduardo Pena. **O cotidiano de uma fronteira: a perversidade da modernidade.** Cascavel: EDUNIOESTE, 2002.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos (org.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS / Abrasco, 2001. P. 113-127.

CERVO, Amado; BERVIAM, Pedro. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Pratices Hall, 2002.

CHAUI, Marilena. **Cultura e democracia.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital.** Silvana F. Foá (trad.). São Paulo: Xamã, 1995.

CHINDEMI, Julia V. **¿Ciudadanos o extranjeros? Espacio fronterizo y soberanía territorial en el corredor internacional de Río Grande del Sur (1923-1935).** In: GONZALES, J. A.; GRIMSON, Alejandro (comp.). Fronteras, naciones e identidades: la periferia como centro. Buenos Aires: Ciccus - La Crujía, 2000.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COHN, A.; ELIAS, P. **Saúde no Brasil – Políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

COSTA, J. B. A. A resignificação do local : o imaginário popular brasileiro pós-80. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo: Fundação SEADE, (10) nº 03, 1996, p.53-59.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (orgs). **Políticas de saúde: inovação institucional, uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP,1996.

COSTA, Nilson do Rosário. “**O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para reforma do setor saúde no Brasil**.In Costa (org.) Política ,Saúde e inovação institucional; uma agenda para 90.Rio de Janeiro:ENSP,1997.

COSTA, V.M.F. O novo enfoque do Banco Mundial sobre o Estado-cidade. In: **Revista Lua Nova**, 1998, p. 05-26.

DAHLGREN e WHITEHEAD. **Modelos dos determinantes de saúde e os caminhos para a iniquidade**. Influência em camadas. Briefing paper NHS health development agency: 2004. Disponível em <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. **Modelos dos determinantes de saúde e os caminhos para a iniquidade**. In: Modelo conceitual para comissão de determinantes sociais em saúde, Rascunho. 1991. Disponível em <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 18 jun 2006.

DAIN, Sulamis. **Subsidio para a formulação de um sistema de integração dos modelos de Prestação de serviços de saúde no Mercosul e nas regiões de fronteira**: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde. Proposta de modelo político institucional para constituição e um sistema de integração da prestação de serviços de saúde no Mercosul. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2003. (mimeo).

DAL PRÁ, Keli Regina.**Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso a saúde no Mercosul**. 2006.199p. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na reforma sanitária - avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. Sonia Fleury Teixeira (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco1995.

DOWBOR L. Da globalização ao poder local: a nova hierarquia dos espaços. **São Paulo em perspectiva** nº.03, p.03-10. São Paulo: Fundação Seade,1995.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Coesão social e integração regional: agenda social do Mercosul e os grandes desafios da política social em prol da integração**. Fórum Mercosul sobre a integração regional de sistemas de saúde. Mesa redonda I. In: integração regional e

repercussões sobre as políticas de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro: 2006.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de Rosa Camargo Artigas e Reginaldo Forti. São Paulo: Global, Porto de Afrontamento, 1975.

ESCODA, M.S.; LIMA, M.F. **Saúde, sociedade e governo**. Texto apresentado na IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. Mimeo. Disponível em <<http://www.ufrnet.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

ESCOREL, S. **Saúde uma questão nacional**. In: Teixeira, Sonia F. (org.) Reforma sanitária em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. P. 181-193.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREITAS Jr. Globalização, Mercosul e crise do Estado-Nação: perspectiva para o Direito numa sociedade em mudança. São Paulo: Ltr, 1997.

FREDERICO, C. **O jovem Marx: as origens da ontologia do ser social (1843-44)**. São Paulo: Cortez, 1995.

FORUM SOCIAL MUNDIAL. 2005. Porto Alegre. **Relatório final**. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 14 maio 2006.

GALLO, E. *et all*. Cooperação em saúde e integração regional: políticas para promover a dinamização do complexo da saúde no Mercosul. In: GALLO, E; COSTAL (org.). **Sistema integrado de saúde no Mercosul: SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2004, p. 21-31.

\_\_\_\_\_. **A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça do Mercosul – SIS - Mercosul**. In: GALLO, E; COSTAL. (org.). Sistema Integrado de saúde no Mercosul: SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2004, p. 41-53.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política da saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.; CARVALHO, A.; CONILL & CUNHA. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação**. In: Revista saúde em debate. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES. Rio de Janeiro: 2002.

GOMES, O. **Introdução ao direito civil e penal**. 18. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001. P.177-251.



GREGORY, Derek; MARTIN, Ron; GRAHAN, Smith.(Orgs.). **Geografia Humana: Sociedade, Espaço e Ciência Social**. Tradução: Mylan, Isaack; Revisão Técnica: Pedro Geiger. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

GRUPO RETIS, Instituto de Geociência da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Programa de desenvolvimento social da faixa de fronteira: predomínio de sinapse com segmentos capilares**. 2004 Disponível em <<http://www.igeo.br/gruporetis/programa/fronteira>>. Acesso em 09 maio 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto de Geociência da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **A geografia da Aids nas fronteiras do Brasil**. BARCELLO, Christovam et all. Categoria Publicações. 2001. Disponível em <<http://www.igeo.ufrj.br/gruporetis/modulares>>. Acesso em 09 maio 2006.

\_\_\_\_\_, **Programa de desenvolvimento social da faixa de fronteira: conceitos**. Disponível em <<http://www.igeo.ufrj/gruporetis/programafronteira>>. Acesso em 09 maio 2006.

\_\_\_\_\_, **Programa de desenvolvimento social da faixa de fronteira: bases de uma política de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Secretaria de Programas Regionais do Ministério da Integração. Disponível em <<http://www.igeo.ufrj.br/gruporetis/programafronteira>>. Acesso em 09 maio 2006.

\_\_\_\_\_, **Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira: faixa e zona de fronteira**. Disponível em <<http://www.igeo.ufrj/gruporetis/programafronteira>>. Acesso em 09 maio 2006.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **O potencial do ensino teórico-prático no novo currículo: elementos para o debate**. In Revistas Katalisys, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. V. 8, n. 2, jul/dez 2005. P. 147-155.

GUIMARÃES, Luisa. **Integração regional e políticas de saúde: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades brasileiras de fronteira com países do Mercosul**. Projeto de pesquisa para doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2005.

GUIMARAES, Luisa; GIOVANELLA, Ligia. **Integração europeia e política de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde**. In: Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, set.2006.

GUIMARÃES, Simone de Jesus. Serviço Social na contemporaneidade: enfrentamentos as desigualdades, Injustiças e as várias formas de expressão da questão social. In: **Revista Serviço Social e contemporaneidade**. Universidade Federal do Piauí, V. 2, Nº 3, 2005, p.09-30.

\_\_\_\_\_, **Indução de nova práticas de gestão do sistema de saúde – análise do componente normativo do Ministério da Saúde**. Brasília: Mimeo. Maio 1995.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez:, 2002.

- \_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1999.
- \_\_\_\_\_. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. **Coletânea de Textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social** (ABEPSS). Florianópolis, 2006.
- \_\_\_\_\_. Serviço Social: contribuições analíticas sobre o exercício profissional In **Revistas Katalisysis**, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social .V.8, n.2, jul/dez2005. p 139-147.
- LIMA, Joel; MEIRELES, Luis R. **Grupo de trabalho Itaipu saúde: grupo de trabalho para integração das ações de saúde na área de influência da Itaipu Binacional, região de fronteira**. 2005. 20 Slides; Azul. 51 cm. Acompanha Texto. Florianópolis: 2005.
- LIMA J.R., Jayme Benvenuto. **Os direitos humanos, econômicos, sociais e culturais**. 1. ed. São Paulo: Renovar, 2001.
- MACHADO, L. O. **Limites, fronteiras, redes**. In: STROHACKER, T.; DAMIANI, A.; SCHAFFER, N. (org.). **Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre: AGB, 1998. P. 41-49.
- MARCOMINI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- MARTINELLI, Maria Lucia. Os métodos na pesquisa: a pesquisa qualitativa. In: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Pesquisa e conhecimento em Serviço Social. Ano V, nº 9, jan-jun 2005. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.
- MARX, K. **Crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- \_\_\_\_\_. **A sagrada família**. São Paulo: Moraes, 1987.
- \_\_\_\_\_. **A questão Judaica**. São Paulo: Moraes, 1987.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.) Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: **Construção social da demanda; direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org) Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: **Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.
- \_\_\_\_\_. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Roseni Pinheiro e Rubén Araújo de Mattos (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. 228p.
- \_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Roseni e Ruben Arujo Mattos (org.) Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004,180p.
- MAZZAROLLO, Juvêncio. **A taipa da injustiça: esbanjamento econômico, drama social e holocausto ecológico em Itaipu**. 2 ed. Loyola, Paraná: 2003.

MELLO, C.A.B. Eficácia das normas constitucionais sobre a justiça social. In: **Revista de Direito Público**, nº57. Belo Horizonte: Ltr, 1981.

MELO, C.; VILASBÔAS, A. L. **Territorialização em saúde: a experiência no município de Salvador**. Salvador: 1995. Mimeo.

MENDES, E.V. Estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário. In: **Manual de Instrução**. Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Brasília: 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilza Ramos de. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MIOTO, Regina Célia. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família**. Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. O assistente social no espaço da estratégia saúde da família. In: **Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2004b, Porto Alegre: Anais do XI ENPESS.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e intervenção profissional: contribuições para o debate da dimensão técnico-operativa**. Florianópolis: 2001. UFSC (mimeo).

MIOTO, Regina Célia, NOGUEIRA, Vera Maria. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. **Coletânea de textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)**. Florianópolis: 2006.

MOREIRA, M.R.; NETTO, O.C.; SUCENA, L.F. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Ser Social: **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Brasília**. Departamento de Serviço Social – vol.1 (1º semestre 1988). Brasília, Ser Social UnB.

MÜLLER, Karla M. **Elementos constitutivos da cultura e da identidade fronteiriça: a condição do imigrante árabe-palestino na mídia local**. Trabalho apresentado na I Conferência Internacional sobre Imigrações Árabes para as Américas. Corumbá: UFMS / Campus de Corumbá, 2005. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>> ou Revista Eletrônica <<http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

\_\_\_\_\_. Espaços conurbanos de fronteiras nacionais: leituras de jornais locais. In: **Revista Eletrônica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, ed.13. v.2, 2005/2. Disponível em <<http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 26 abril 2006.

\_\_\_\_\_. **Mídia e fronteira: jornais locais em Uruguaiiana - Libres e Livramento - Rivera**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. São Leopoldo, Rio Grande do Sul: 2003.

MÜLLER, Karla M.; OLIVEIRA, Tito Carlos M. de. **Integração latino-americana: a partir e através da comunicação e das fronteiras**. In: III Congresso Panamericano de Comunicación: integración comercial o diálogo cultural ante el desafío de la sociedad de la

información. Buenos Aires: UBA, 2005a. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>> ou Revista Eletrônica ><http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

\_\_\_\_\_. **Identificação de elementos da cultura e da identidade apresentados pela mídia impressa na região de fronteira.** In: XXVIII Congresso da INTERCOM: pesquisa e ensino de comunicação. Anais. Rio de Janeiro: INTERCOM / UERJ, 2005b. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>> ou Revista Eletrônica <<http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

NETTO, José Paulo. Apresentação. In: **A prática do Serviço Social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **A construção do projeto ético político do Serviço Social frente a crise contemporânea.** In: Capacitação em Serviço Social - Módulo 1: crise contemporânea, questão social e serviço social. Brasília: CEAD, 1999.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. **Coletânea de Textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).** Florianópolis: 2006.

\_\_\_\_\_. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Revista Serviço Social e Sociedade** n° 79. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. O movimento de reconceitualização 40 anos depois. **Revista Serviço Social e Sociedade** n° 84. São Paulo: Cortez, :2005, p. 5-20.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 2. e 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no pós-64.** São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social e a tradição marxista. **Revista Serviço Social e Sociedade** n° 30. São Paulo: Cortez, ano X, 1989.

\_\_\_\_\_. **Democracia e transição socialista.** Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda.** 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002.

\_\_\_\_\_. **Projeto fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito a saúde.** Projeto de Pesquisa encaminhado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq). Núcleo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas Públicas. Florianópolis: 2003.

\_\_\_\_\_. A concepção de direito a saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. In: **Textos e Contextos,** Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. O direito a saúde na sociedade contemporânea. In: **Ser Social.** Brasília: UnB, 2002b.v.10, p. 09-32.

\_\_\_\_\_. Intervenção Profissional: legitimidades em debate. In: **Revistas Katalisysis**, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social . V.8, n.2, jul/dez 2005. P. 185-192.

\_\_\_\_\_; SILVA, M.G.; SIMIONATTO, I. **Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no sistema único de saúde brasileiro**. 2003. Disponível em <<http://www.ssrevista.uel.br>>. Acesso em 18 jul. 2006.

\_\_\_\_\_; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde –SUS e as exigências para os Assistentes Sociais** Coletânea de Textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Florianópolis: 2006.

NOTARBARTOLO DI VILLAROSA, F.; TASCIA, R.; FERNANDES, R.V. Análise da situação sócio-sanitária, microlocalização e participação nos distritos sanitários de Pau da Lima. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.17, n.14, p.7-14, Salvador: Jan-Dez.1990.

NORTARBATOLO DI VILLAROSA F.; GREGO, C. (org). Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. **Distritos sanitários no Brasil: o desafio da mudança nas práticas sanitárias**. São Paulo: OPAS/HUCITEC, 1993. P. 267-310.

NUNES, E. (org). **Medicina Social – Aspectos históricos e Teóricos**. São Paulo: Global editora, 1983.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: **O totalitarismo neoliberal**. In: Oliveira, Francisco de.Paoli, Maria Célia (org.) **Os sentidos da democracia**. Petrópolis RJ. Vozes, 1999, p. 99-81.

OLIVEIRA, C. **A integração regional no contexto do Mercosul**. São Paulo: Cortez/ Abrasco, 1997.

PADRÓS, Enrique Serra. Fronteiras e integração fronteiriça: elementos para uma abordagem conceitual. **Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais**, v. 17, n. 12, p. 63-85, Porto Alegre: jan-fev 1994. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>>. Acesso em 18 jul 2006.

PALAU, T. Brasiguaios. In: **Migrações Internacionais: contribuição para políticas no Brasil 2000** / Coordenadora: Mary Garcia Castro. Brasília: CNPD, 2001. 672 p. 345-361.

PEITER, Paulo César. **Geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 308p. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós Graduação em Geografia - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Potyara A.. A política social no contexto da seguridade social e do welfare state: a particularidade da assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.,56- 60-76,1998.

\_\_\_\_\_. A saúde no sistema de seguridade brasileira. In: **Revista Ser Social**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Brasília. Departamento de Serviço Social, vol. 1, n. 1 (1º semestre, 1998) Brasília: Ser Social UnB.

\_\_\_\_\_. Estado, regulação social e controle democrático. In: **Política Social e Democracia**. BRAVO, M.I.S. e PEREIRA, P..A. (org.). São Paulo: Cortez., 2001.

PINHEIRO, R. *et all*. Direito à saúde: emancipação, necessidade e poder. In: **Construção social da demanda: direito à saúde. Trabalho em equipe. Participação e espaços públicos**. Roseni Pinheiro e Ruben de Mattos (org.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_, et all. **Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público**. Roseni Pinheiro e Ruben de Mattos (org.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

RAMOS, Alexandre Luiz. Direitos humanos, neoliberalismo e globalização. In: **Direitos humanos como educação para a Justiça**. Reinaldo Pereira (org.). São Paulo: LTr, 1998.

RAMOS, Sâmya Rodrigues. A construção de projetos coletivos: refletindo aspectos do projeto profissional do serviço social. In: **Revista Temporalis**, nº.5, ano 3 (Jan/Jun, 2002). Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Brasília: 2002.108p., p.81-94.

REICHELIS, R.; WANDERLEY, L.E. Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** nº78, ano XXV. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde. **Coletânea de Textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social** (ABEPSS). Florianópolis: 2006.

REVISTA AMPLIADA DE INTRODUÇÃO A PESQUISA QUALITATIVA. **Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften**. Alemanha, 1995. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RIBEIRO, Wagner da Costa; GONÇALVES, Carlos Walter Porto (org.). **Título** São Paulo: Polifolia, 2002.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. **Da polícia médica a medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SADER, Emir. **Balço do neoliberalismo**. In: Pós – neoliberalismo, as políticas sociais e o Estado democrático. Vários autores. Emir Sader e Pablo Gentili (org.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995 e 5. ed.2002.

SANTOS, Boaventura Sousa. **Pela mão de Alice o social e o político na pós-modernidade**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Milton. **O país distorcido: O Brasil, a globalização e a cidadania**. RIBEIRO, Wagner da Costa; GONÇALVES, Carlos Walter Porto (org). São Paulo: Publifolha, 2002.

\_\_\_\_\_. **Por uma geografia nova: da crítica a geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2002.

\_\_\_\_\_; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SARQUIS, Patrícia. **La educación en zonas de frontera: sintiese de investigaciones realizadas en Argentina**. In: TRINDADE, Aldema Menine; GOLIN, Tau (pseud.). **A fronteira: governos e movimentos espontâneos na fixação dos limites do Brasil com o Uruguai e a Argentina**. Porto Alegre: L&PM, 2002. v. 1. Disponível em <<http://www.intexto.ufgrs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, M. G. Acessibilidade na atenção à saúde: cenário e ação profissional. In: **Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS)**. Porto Alegre: 2003.

SILVA, M.G.; NOGUEIRA, V.M.R.; SIMIONATTO, I. **Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro**. 2005. Disponível em <<http://www.ssrevista.uel.br>>. Acesso em 18 jul 2006.

SILVA, Jose Afonso. **Curso de direito constitucional**. Positivo, 20. ed.. São Paulo: Malheiros, 2002.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V.M.R. **Projeto Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito a saúde**. Núcleo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas Públicas. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

\_\_\_\_\_. **Projeto Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito a saúde**. Núcleo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas Públicas. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

\_\_\_\_\_. **Projeto Direito a Saúde: discurso, prática e valor: uma análise nos países do Mercosul**. Núcleo de Pesquisa Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

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.

SOARES, Guido F. S.. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação sua incômoda vizinhança. In: **Revista de Direito Sanitário**, Vol. I – Nº 1, Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário – Núcleo de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, 2000.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Ensaios para apreciação da Comissão de Determinantes

Sociais. Organização Mundial da Saúde. Genebra: 2005. Disponível em <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 12 ago 2006.

SOUTO, Miguel Angel Abel. **Normativa internacional sobre blanqueo de dinero su recepción en el ordenamiento penal español**. Tesis de Doctorado - Facultad de Derecho. Universidade de Santiago de Compostela. Enero. 2001. 345 p. Disponível em Biblioteca Virtual Miguel Cervantes <http://www.cervantesvirtual.com> >. Acesso em 22 jul. 2006.

SOUZA, Marcelo Jose Lopes. In: O território: sobre espaço e poder autonomia e desenvolvimento. **Geografia Conceitos e Temas**. CASTRO, Iná. et all (org.). 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

SOBROZA, Paulo. **Novos contextos mundiais e a emergência de problemas de saúde**. Disponível em <<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br>>. Acesso em 24 abr 2006.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. In: VÉRAS, Maura P.B. (ed.). **Por uma sociologia da exclusão social: O debate com Sergem Paugam**. São Paulo: EDUC, 1999, p.126-138.

SPRANDEL, Marcia. Una identidad de frontera y sus transformaciones. In: **Colección Signo**. Tradução: Laura Abramzón. Buenos Aires: Ediciones Ciccus, 2000. P. 299-320.

STEIMAN, Rebeca. **A geografia das cidades de fronteira: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia)**. 2002, p. 117. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro; VALLA, Victor Vicente. **Educação saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

TASCA R.; GREGO C. **Sistema de informação geográfico: Manual padrão de implantação e operações**. OPAS - Cooperação Italiana: 1993. Mimeo.

\_\_\_\_\_. NORTARBATOLO di VILLAROSA F.; GREGO C.. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. Em Mendes E.V. (org.) **Distritos Sanitários no Brasil: o desafio da Mudança nas práticas sanitárias**. São Paulo: OPAS/HUCITEC, 1993a, p.267-310.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária**. São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez. Recife: EQUIP. Salvador: UFBA, 2002.

THERBORN, Göran; SALAMA, Pierre; FERNANDES, Luis; SADER, Emir; GENTILLI, Pablo (orgs.) **A crise e o futuro do neoliberalismo**. In: Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995 e 5.ed. 2002.

TRINDADE, Antonio Augusto Cançado. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. 1. ed. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1997. V. I.



UNGLERT, S. Territorialização em sistemas de saúde. Em Mendes E.V. (org). **Distritos Sanitários no Brasil: o desafio da mudança nas práticas sanitárias**. São Paulo: OPAS/HUCITEC, 1993. P. 221-135.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

WACHOWICZ, Ruy Christovam. **Obrageros, Mensus e Colonos**. 2. ed. Curitiba: Vicentina, 1987.

WAGNER, Carlos. **País bandido: crime tipo exportação**. Porto Alegre: RBS Publicações, 2003.

ZAAR, M. H. **A produção do espaço agrário: da colonização à modernização e formação do Lago de Itaipu**. Cascavel/PR: Edunioeste, 1999. 148p.

ZAMBERLAM, Jurandir. CORSO Giovanni (org) *et al.* **Tendências da Mobilidade Humana nas três Fronteiras: Realidade Migratória na Diocese de Foz do Iguaçu**. Porto Alegre: Renascença, 2006.116p.

## **APÊNDICE**



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

---

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA**

**Nome da Pesquisa:** O LOCAL E O INTERNACIONAL NA ATENÇÃO AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS *BRASIGUAÍOS*: Análise da intervenção profissional do Assistente Social em Foz do Iguaçu.

**Mestranda :** Maria Geusina da Silva

**Orientador da Pesquisa:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Trata-se a presente pesquisa de campo na coleta dados sobre a intervenção profissional do Assistente Social na região de fronteira, no sentido de apreender as particularidades e dilemas da ação profissional neste contexto. A pesquisa pretende contribuir na qualificação do exercício profissional diante da escassa publicação articulando serviço social, saúde e fronteira.

**Tendo o profissional recebido todas às informações necessárias em relação à pesquisa e ao formulário e esclarecido dos seus direitos relacionados a seguir, declaro estar ciente do exposto e aceitar participar da pesquisa.**

Direitos dos sujeitos da pesquisa:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimentos a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. A segurança de não ser identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;
4. Para esclarecimentos de dúvidas, ficam à disposição os telefones para contato do orientador (48) 3233-5992, ou (48) 9116-9776.

**Desta forma, estando ciente assino o consentimento para o uso das informações contidas no formulário.**

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Maria Geusina da Silva

Nome sujeito da pesquisa



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

---

---

**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS EMPÍRICOS:**

1 – Como você define a intervenção ou (prática) profissional do Assistente Social?

---

---

---

---

---

---

---

---

2 – Como você caracteriza a intervenção profissional na região de fronteira?

---

---

---

---

---

---

---

---

3 – Quais são as particularidades da intervenção profissional na região de fronteira?

---

---

---

---

---

---

---

---

4 – Quais são os dilemas éticos políticos presentes na intervenção profissional na região de fronteira e como você os identifica?

---

---

---

---

---

---

---

---

5 – Qual a sua compreensão e opinião acerca da recusa de atenção as necessidades de saúde dos brasiguaios no sistema de saúde de Foz do Iguaçu pelo gestor?

---

---

---

---

---

---

---

6 - Como você assistente social vem assegurando a inclusão e acesso dos brasiguaios no sistema de saúde pública de Foz do Iguaçu?

---

---

---

---

---

---

---

7- Na intervenção profissional qual é o elemento central que você busca garantir tanto na normatividade legal quanto no plano da efetivação social na região fronteira?

---

---

---

---

---

---

---

8 – Como vocês articulam a defesa dos direitos sociais e do direito à saúde frente aos dilemas ético e técnico-operativo presentes na intervenção profissional na região de fronteira?

---

---

---

---

---

---

---

9 - Como você vem enfrentando no plano da intervenção profissional a não garantia dos princípios da universalidade e da integralidade na fronteira expressados na violação dos direitos pelo gestor local?

---

---

---

---

---

---

---

10 - Quais são as estratégias que você assistente social vem construindo para transpor os dilemas presentes na intervenção profissional com vistas a garantir respostas integrais de caráter universal na atenção das necessidades de saúde dos brasileiros?

---

---

---

---

---

---

---



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

---

---

**LISTA DE ÍTENS PARA DISCUSSÃO EM GRUPO FOCAL**

**1º ENCONTRO** – Tema: Fronteira

- 1 – O que os assistentes sociais entendem por fronteira;
- 2 – Como a temática fronteira se apresenta no debate da saúde;
- 3 – Debater sobre a fronteira, sua configuração sócio-espacial e interferência na ação e exercício profissional.

**2º ENCONTRO** – Tema: Direito à saúde

- 1 – O que os profissionais assistentes sociais entendem por direito a saúde;
- 2 – Como o direito à saúde vem sendo resguardado nas intervenções profissionais junto aos *brasiguaios*.

**3º ENCONTRO** – Tema: *Brasiguaios*

- 1 – Quem é o *brasiguai* para o assistente social na fronteira brasileira do Brasil com o Paraguai;
- 2 – Quais são os dilemas vividos por esse segmento populacional no sistema público de saúde local e como essas situações se apresentam no cotidiano profissional.

**4º ENCONTRO** – Tema: Exercício e intervenção profissional

- 1 – Debater sobre Serviço Social, exercício e intervenção profissional na área da saúde na região de fronteira;
- 2 – Debater acerca dos dilemas presentes na intervenção profissional em um espaço fronteiriço e as estratégias de enfrentamento das situações construídas pelos assistentes sociais;

3 – O que vocês entendem por projeto-ético político profissional e como é materializado nas ações.

#### **5º ENCONTRO** – Tema: Integralidade

1 – O que vocês profissionais entendem por integralidade e atenção integral as necessidades de saúde.

2 – A partir do conhecimento acumulado sobre a integralidade quais são as possibilidades de se construir ações profissionais que resguardem a atenção integral as necessidades de saúde dos brasileiros.





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

---

---

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DE GRUPO**

- 1** – Qual a compreensão e opinião dos assistentes sociais que atuam no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu, acerca da recusa na atenção às necessidades de saúde dos *brasiguaios* pelo gestor municipal.
- 2** – Descrever quais são os dilemas ético-político e técnico-operativo presentes na ação profissional na região de fronteira.
- 3** – Como tem se dado o enfrentamento desses dilemas pela categoria profissional.
- 4** – De que forma você assistentes sociais vêm se posicionando na defesa dos direitos a saúde na região de fronteira, frente os dilemas éticos, políticos, técnico-operativos presentes na ação profissional.
- 5** – Quais são as possibilidades visualizadas na indicação dos direitos á saúde como elemento central da ação profissional e como garanti-los, tanto em sua normatividade legal, quanto na viabilização da sua efetivação social na região fronteiriça.
- 6** – Como vem sendo enfrentada pelos assistentes sociais a não garantia dos princípios da integralidade e universalização do acesso na fronteira, expressados na violação dos direitos pelo Estado e pelo gestor local.
- 7** - Quais são as possibilidades de construção de ações profissionais que transponham esses dilemas e assegurem a atenção integral respeitando a diversidade cultural, regional e fronteiriça.
- 8** – Quais os caminhos a serem trilhado para qualificar e configurar a universalidade pela integralidade no sentido de garantir práticas integrais como respostas universais as necessidades de saúde da população brasiguaiia.