

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

**RAFAELA BRUSTOLIN HELLMANN**

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E O ACESSO DE  
USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
SAÚDE NA FRONTEIRA**

**FLORIANÓPOLIS – SC**

**2008**

**RAFAELA BRUSTOLIN HELLMANN**

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E O ACESSO DE  
USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
SAÚDE NA FRONTEIRA**

Dissertação de Mestrado 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**

**2008**

## TERMO DE APROVAÇÃO

**RAFAELA BRUSTOLIN HELLMANN**

### A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E O ACESSO DE USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA FRONTEIRA

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de novembro de 2008.

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Helder Boska Sarmiento  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC  
(Orientadora)

**Banca examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC  
(Presidente)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Tamaso Miotto  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC  
(Primeira Examinadora)

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Alfredo Aparecido Batista  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE  
(Segundo Examinador)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivete Simionatto  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC  
(Suplente)

## AGRADECIMENTOS

*Neste momento me vem a certeza de que esta Dissertação não teria sido concluída sem a presença dos aqui citados. Meu carinho e agradecimento a estes que não me faltaram durante o tempo de realização do Mestrado.*

*Ao meu marido, Claudio, que vivenciou todos os meus momentos de certezas e de incerteza no decorrer destes dois anos. Obrigado por dividir sua vida comigo, mas, sobretudo, por permitir que os meus sonhos sejam sonhados a dois. Amo você da forma mais intensa que esta palavra possa representar!*

*Aos meus pais, Roberto e Djanira, que nunca mediram esforços para que eu concretizasse o sonho de estudar. E também ao futuro Dr<sup>o</sup> Rafo, meu eterno irmãozinho. Meu amor por vocês é incondicional!*

*À minha linda família pela torcida constate, sobretudo das tias Salete e Dete, da prima Manú e da cunhada Lú.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC. À professora Vera Maria Ribeiro Nogueira, pela orientação desde trabalho e pela oportunidade de aprender contigo os caminhos da pesquisa na fronteira. Da mesma forma, às professoras Regina Célia Tamasso Mioto e Ivete Simionatto pela contribuição a este trabalho por intermédio da Banca de Qualificação e de Defesa.*

*Ao Professor Alfredo Batista, da UNIOESTE de Toledo-PR, também pela contribuição a este trabalho, por ter aceitado que meu Estágio de Docência fosse realizado em sua disciplina, mas principalmente pelo incentivo para que eu ingressasse no Mestrado.*

*Aos colegas de turma, Francine, Rose e Valter. Francine, pelos tantos bons momentos compartilhados na PRAE. Rose, pela companhia nas viagens de Toledo para Florianópolis. E Valter, por ter sido um intermediário na entrega de trabalhos no Programa e pela disponibilidade com que me repassava as informações.*

*À Corina Espíndola, Pró Reitora de Assuntos Estudantis da UFSC, à Lílian, Rosi e Cátia, da Coordenadoria de Serviço Social da PRAE/UFSC. Um agradecimento especial pela oportunidade de atuar juntamente com estas competentes profissionais, e maravilhosas pessoas, que tão bem me receberam.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela viabilização financeira deste estudo, indispensável para que o mesmo fosse realizado com total dedicação, como exige um trabalho científico.*

*Às Assistentes Sociais sujeitos da pesquisa, meu respeito e agradecimento pela prontidão com que me receberam em seus locais de trabalho, partilhando comigo suas atividades profissionais.*

*“A apropriação da realidade humana e a sua relação com o objeto são a realização da realidade humana. É por isso que ela tem aspectos tão variados e que são múltiplos os atributos essenciais do homem e as formas de sua atividade.*

*A atividade e a paixão humanas, consideradas humanamente, são a alegria que o homem oferece a si próprio...”.*

*(Karl Marx).*

HELLMANN, Rafaela Brustolin. A Ação Profissional do Assistente Social e o Acesso de Usuários não Residentes no Brasil aos Serviços Públicos de Saúde na Fronteira. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PPGSS, 2008. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira.

## RESUMO

O trabalho ora apresentado discute o acesso de cidadãos não residentes no Brasil às ações e serviços públicos de saúde deste país, se particularizando na ação profissional de Assistentes Sociais em atuação junto a esta população. O estudo realizou-se em seis municípios do Estado brasileiro do Paraná, fronteira com os Departamentos paraguaios de Canindeyú e Alto Paraná. Objetivou compreender e analisar o movimento processual das ações profissionais desenvolvidas pelos Assistentes Sociais, atuantes na área da saúde em municípios fronteiriços, que atendem a demanda de cidadãos não residentes no Brasil pelo acesso às ações e serviços públicos de saúde. A fim de responder ao objetivo traçado, caracterizou o contexto profissional nos municípios pesquisados e as particularidades da região de fronteira. E ainda, identificou as ações dos Assistentes Sociais no atendimento às necessidades em saúde da população não residente no Brasil, relacionando com aspectos do sistema local de saúde. Demarcou os espaços no campo político-profissional ocupados pelos Assistentes Sociais da área estudada, bem como apreendeu as discussões/proposições levantadas nestes espaços relacionadas às demandas em saúde, vindas da população fronteiriça. As análises realizadas têm como marco de referência o acesso à saúde como um direito fundamental de todo ser humano, independente do território onde viva e/ou de sua nacionalidade, contemplando a perspectiva da assistência, da prevenção e da promoção em saúde, como responsabilidade estatal. A pesquisa de campo utilizou como instrumento a entrevista de tipo não estruturada focalizada, com oito Assistentes Sociais. Como corolário pode-se inferir que as Assistentes Sociais desempenham suas atividades profissionais em um contexto adverso para a concretização do acesso à saúde da população não residente. As mesmas não desenvolvem ações/projetos específicos pensados para trabalhar com estes usuários, mas atendem as demandas conforme estas lhes são apresentadas. Assim, o objetivo posto na ação destas profissionais é de viabilizar o acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, não há antecipação da demanda e o acompanhamento dos casos é prejudicado pelo fato de se tratar de uma população flutuante. A pesquisa demonstrou, ainda, como as condições de trabalho interferem significativamente no exercício profissional das Assistentes Sociais. Por último, este trabalho dissertativo vem contribuir para desencadear o debate acerca da atuação do Serviço Social em espaços fronteiriços e dos desafios postos à profissão nesta área.

**Palavras-chave:** Ação Profissional; Acesso à Saúde; Fronteira; Sistemas de Saúde.

HELLMANN, Rafaela Brustolin. Professional Action of the Social Agent and the Access of non Brazilian- resident Users of Health Public Services in the Boundary. **Masters Thesis in Social Service.** Florianopolis: UFSC/CSE/PPGSS, 2008. Adviser: Doctorate Teacher Vera Maria Ribeiro Nogueira.

## **ABSTRACT**

The study here presented discusses the access of non-resident Brazilians to actions and health public services of Brazil, specifying on professional action of Social Assistances acting together with this population. The study was done in six municipalities in Parana State, bordering Paraguay departments of Canindeyu and Alto Parana. The study aims to comprehend and analyze the procedural movement of professional actions developed by the Social Assistances that act in health field in boundary municipalities, that attend non-resident Brazilians demand to actions and public services of health. To respond the purpose plan, the professional context is characterized in the research municipalities and boundaries region particularities. It also identifies how this action reflects on contradictions of the municipal health system. It also highlights the spaces in the professional politic field occupied by Social Assistance of the health field, as well as, apprehend the discussions/propositions raised in these spaces related to health demand coming from the boundary population. The realized analysis has as reference access to health, an essential right of all human being without taking into account nationality and place of living, and so contemplating the perspective of assisting, preventing, and promoting health as a State responsibility. The field research was realized with interviews of no focused structured -type, with eight Social Assistances. As a corollary, it could be inferred that the Social Assistances develop their professional activities in an adverse context for the concretization to health access for non-resident Brazilians. The Social Assistances do not develop specific actions/projects to work with these users, but attend their demands as presented. Therefore, the aim of the action of these professionals is to make viable the access to actions and services, however, there is no demand forwardness and the cases attendance is hard because it's a "floating" population. In addition, the research showed that the work conditions interfere significantly on professional exercise of the Social Assistances interviewed. Finally, this discoursed paper comes to contribute to initiate the discussion on Social Service acting in boundary spaces and the challenges of the occupation.

**Key words:** Professional Action; Access to Health; Boundary; Health System.

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 01 – Número de Assistentes Sociais Atuando na Área da Saúde e de Assistentes Sociais Entrevistadas.....p. 14
- TABELA 02 - Municípios Brasileiros do Estado do Paraná e Respectivos Municípios Paraguaio que Fazem Parte da Fronteira Brasil/Paraguai .....p. 64
- TABELA 03 - Estabelecimentos de Saúde dos Municípios Paranaenses .....p. 65
- TABELA 04 - Número de Assistentes Sociais nos Municípios Pesquisados, na Área da Saúde e de Assistentes Sociais Entrevistadas .....p. 74
- TABELA 05 - Local de Trabalho e Vínculo Empregatício .....p. 81
- TABELA 06 – Facilidades e Dificuldades na Ação Profissional.....p. 117
- TABELA 07 – Avanços e Retrocessos Quanto ao Atendimento de Não Residentes.....p. 120



## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>8</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO BRASIL E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>18</b>
1.1 O DEBATE ACERCA DA AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL..	18
1.2 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE .....	27
<b>2 ELEMENTOS DETERMINANTES DA AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM FRONTEIRAS .....</b>	<b>44</b>
2.1 AS DISTINTAS COMPREENSÕES ACERCA DA FRONTEIRA.....	45
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: BRASIL E PARAGUAI .....	49
2.2.1 ELEMENTOS ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL.....	51
2.2.2 ELEMENTOS ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO PARAGUAI .....	57
2.3 O CENÁRIO DA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI .....	62
<b>3 AS AÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO A USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL.....</b>	<b>75</b>
3.1 PERFIL PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADAS ....	75
3.2 PERCEPÇÕES DAS ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE A DEMANDA DE CIDADÃOS NÃO RESIDENTES POR SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE .....	85
3.3 AS AÇÕES PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS REALIZADAS COM USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL.....	95
3.3.1 AS AÇÕES PROFISSIONAIS IMEDIATAS.....	99
3.3.2 AS AÇÕES PROFISSIONAIS MEDIATAS .....	105
3.3.3 O REGISTRO DAS AÇÕES E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE .....	112
3.3.4 ELEMENTOS QUE FACILITAM E DIFICULTAM A AÇÃO PROFISSIONAL NA FRONTEIRA .	117
3.4 PERCEPÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS ACERCA DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS À POPULAÇÃO NÃO RESIDENTE NO BRASIL .....	119
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>141</b>

## INTRODUÇÃO

No plano institucional, esta Dissertação se insere na linha de pesquisa *Estado, Sociedade Civil e Políticas Sociais*, do Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Integra ainda o conjunto das discussões e das pesquisas realizadas no âmbito do Núcleo de Pesquisa *Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social* (NESPP).

A discussão apresentada neste trabalho dissertativo está situada em torno da demanda apresentada ao Serviço Social por usuários não residentes no Brasil, requerentes de acesso às ações e serviços públicos de saúde em cidades brasileiras de linha e faixa de fronteira.

De maneira geral os espaços fronteiriços são áreas periféricas onde imperam desigualdades, comportando um conjunto de instituições, de práticas, de sujeitos e de modos de vida que atribuem características particulares a estes lugares, não presentes em outros. (PEITER, 2005).

Pois, nas fronteiras a dinâmica cotidiana permite a convivência de diferentes sistemas, como os políticos, monetários, de segurança e de proteção social. E mais, a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrente do processo de integração, gera desafios para os sistemas de saúde dos municípios de fronteira, requisitando políticas específicas que objetivem garantir o direito universal à saúde nas fronteiras. (GIOVANELLA, 2007b, p. 09).

A preocupação em estudar a atuação profissional dos Assistentes Sociais nestes espaços, colocou-se no sentido de conhecer as ações desenvolvidas para a garantia universal do direito à saúde da população de fronteira, diante do posicionamento teórico-metodológico e ético-político da profissão, de defesa dos direitos de cidadania social. O interesse por esta temática também se justifica tendo em vista a dinâmica cotidiana estabelecida entre os municípios de fronteira da região estudada, na qual cidadãos não residentes recorrem freqüentemente aos serviços públicos brasileiros para atenderem suas necessidades em saúde.

Responder as indagações postas pela realidade concreta requer pensarmos o caminho que permeou e orientou este estudo, por isso, discorreremos sobre os seus procedimentos metodológicos.

Referenciando-se no Método Materialista Histórico Dialético chega-se a uma questão essencial para o desenvolvimento de qualquer pesquisa, a de partir de um objeto concreto. Para Marx (1977), o sujeito em sua relação com o objeto deve considerar inúmeras determinações históricas para que possa partir da aparência em busca da essência do objeto, pois, ao nascer o ser social herda um legado de relações sociais, de produção e de reprodução da vida, que estão em constante movimento<sup>1</sup>. Desta forma, é na vida prática que o pesquisador deve encontrar seu ponto de partida.

Assim, considerando a realidade concreta, do contato da autora com pesquisas realizadas em espaços fronteiriços emergiu uma indagação: Quais são as ações profissionais realizadas pelos Assistentes Sociais, atuantes na saúde em municípios de fronteira Brasil/Paraguai, junto a cidadãos não residentes no Brasil e o que estas ações objetivam?

Nesse sentido, propôs-se o estudo da ação profissional dos Assistentes Sociais atuantes, em 2007, no setor da saúde em municípios de fronteira, concernente ao atendimento da demanda de cidadãos não residentes no Brasil, os quais requerem acesso a ações e serviços públicos de saúde brasileiros. A compreensão e a análise do movimento processual das ações profissionais destes Assistentes Sociais foi, assim, o objetivo norteador desta pesquisa.

A fim de responder a este objetivo, três objetivos específicos foram traçados: 1. Caracterizar o contexto profissional nos municípios pesquisados e as particularidades da região de fronteira; 2. Identificar as ações dos Assistentes Sociais no atendimento às necessidades em saúde da população não residente, relacionando com os aspectos do sistema local de saúde; 3. Identificar os espaços no campo político-profissional ocupados pelos Assistentes Sociais da área da saúde, bem como apreender as discussões/proposições levantadas nestes espaços relacionadas às demandas em saúde vindas da população fronteiriça.

Na busca por respostas à indagação inicial e pelo alcance dos objetivos definidos, elegemos como recorte geográfico para a pesquisa de campo 06 (seis)

---

<sup>1</sup> Para Karl Marx a história não é um fim acabado conforme dizia Hegel. Este último acreditava que o Estado de Napoleão era o estágio mais elevado o qual a história poderia alcançar, e ainda, acreditava que a história estava posta, o homem não a construía, mas apenas quando em contato com o objeto lembrava as formulações prontas em sua cabeça. Já para o primeiro a história é movimento, “A história é conscienciosa e passa por muitas fases antes de levar ao túmulo uma forma antiga.” (MARX, 1977, p. 05), e em nenhum momento pode se acabar, pois quem a faz são os seres sociais objetivando suas teleologias.

municípios paranaenses, os quais fazem fronteira com os Departamentos paraguaios de Canindeyú e Alto Paraná. São eles: Guaíra-PR, Mercedes-PR; Marechal Cândido Rondon-PR, Pato Bragado-PR, Entre Rios do Oeste-PR e Santa Helena-PR. Nestes municípios se localiza os sujeitos desta pesquisa, a totalidade das Assistentes Sociais atuantes na área da saúde, em serviços públicos, durante o ano de 2007.

A escolha desta faixa fronteiriça se justifica no fato da autora residir em Toledo-PR, município localizado na faixa de fronteira paranaense, próximo à linha de fronteira com o Paraguai, facilitando, portanto, o deslocamento às cidades escolhidas. E mais, no fato de haver participado nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2007 de pesquisas nesta mesma faixa de fronteira, possibilitando o aprofundamento de um objeto já conhecido.

Com estas definições percorreram-se obras, publicações de pesquisas e trabalhos, tais como monografias, dissertações e teses, referentes aos conteúdos de ação profissional; da inserção do Assistente Social na área da saúde; da fronteira; e das políticas de saúde do Brasil e do Paraguai; além de dados referentes ao atendimento de não residentes na fronteira.

Optou-se pela realização de entrevistas, importante fonte para a obtenção de informações qualitativas, de tipo não estruturada focalizada. Neste tipo de entrevista “O entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considera adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão.” (ANDER-EGG, 1978).

Amparada por temas relativos ao problema em investigação, a pesquisadora teve liberdade para adicionar perguntas no momento da realização da entrevista, de maneira a sondar razões e motivos ou dar esclarecimentos quanto às perguntas. A escolha por este tipo de entrevista atribuiu autonomia à pesquisadora de modo a não obedecer a uma estrutura formal sem, no entanto, caracterizar a ausência de preocupação metodológica.

Com isso, foi possível conduzir a entrevista partindo das perguntas previamente definidas, adicionando novas no momento em que se fazia necessário aprofundar a respeito de um determinado assunto. Além de que foram consideradas na análise as observações coletadas no local da entrevista e no contato com as entrevistadas.

Cumpru expor que a redação preliminar do instrumental para a realização das entrevistas foi feita pela autora deste trabalho, juntamente com sua orientadora, o qual foi submetido à apreciação dos professores da Banca de Qualificação, realizada na UFSC em setembro de 2007. A versão final do instrumental (vide APÊNDICE A) foi definida em novembro de 2007, após discussão sobre as propostas de alterações sugeridas pelos docentes na ocasião da referida Banca, e interlocução com os objetivos da pesquisa e com a revisão bibliográfica realizada.

As entrevistas foram agendadas a partir de contato telefônico com as Secretarias Municipais de Saúde dos 06 (seis) municípios, no qual a pesquisadora se certificava no número de Assistentes Sociais atuantes na área da saúde e em conversa com estas informava sobre os objetivos da pesquisa. Foram realizadas as entrevistas com agendamento prévio, no próprio local de trabalho das Assistentes Sociais, no período de novembro de 2007 a fevereiro de 2008. Assim, perfazendo 08 (oito) entrevistas, contemplando a totalidade dos Assistentes Sociais atuantes em serviços públicos de saúde, seja direta ou indiretamente, conforme a tabela abaixo descreve.

TABELA 01: Número de Assistentes Sociais Atuando na Área da Saúde e Número de Assistentes Sociais Entrevistadas.

<b>Município</b>	<b>Nº de AS Diretamente na Saúde</b>	<b>Nº de AS Indiretamente na Saúde</b>	<b>Nº de AS Entrevistadas</b>
Guaíra-PR	02	00	02
Mercedes-PR	00	01	01
Pato Bragado-PR	02	00	02
M. C. Rondon-PR	00	01	01
Entre Rios do Oeste-PR	01	00	01
Santa Helena-PR	00	00	01
<b>Total</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>08</b>

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

As Assistentes Sociais entrevistadas nos casos dos municípios de Mercedes-PR e de Marechal Cândido Rondon-PR, não atuam diretamente na saúde, mas prestam assessoria em situações esporádicas, sendo que a área em que estão alocadas é a da assistência social. A assistência social também é área de atuação da Assistente Social de Santa Helena-PR. No município não há profissional de Serviço Social na área, seja direta ou indiretamente através de assessoria. Neste caso realizamos a entrevista com a profissional da assistência para que o município também tivesse sua representação na pesquisa.

Cumprir dizer que às Assistentes Sociais consultadas foi dada a garantia de anonimato de suas respostas, firmada perante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide APÊNDICE B). No decorrer do texto as informações e dados advindos das entrevistas não divulgam nomes ou quaisquer dados pessoais que possam identificar as respondentes. Para isso, fez-se o uso das iniciais AS, representando Assistente Social, seguidas de um numeral de *01 (um) a 08 (oito)*, de acordo com a ordem de realização das entrevistas, por exemplo, AS01. As falas serão expostas em forma de citação terminadas com a identificação das profissionais entre parênteses.

Como recurso auxiliar para a coleta das informações, utilizou-se de gravador digital, com autorização das profissionais entrevistadas.

Após a realização da coleta dos dados empíricos, partiu-se para a sistematização e a tabulação destes. A princípio as entrevistas foram transcritas e ordenadas de acordo com grandes eixos de discussão, para então serem alocadas em sub-item de seção. Faz-se preciso colocar que a análise se caracteriza como um “[...] processo de descrição dos dados coletados [...]”, enquanto a interpretação “[...] é um processo de reflexão sobre o que foi descrito, à luz de conhecimentos mais amplos, que extrapolam os dados da pesquisa ou comparam esses dados com outras pesquisas semelhantes.” (MARSIGLIA, 2006, p. 393, In: MOTA, et. al. Orgs., 2006). Assim, de posse das entrevistas realizadas passou-se para a definição de categorias viabilizando a interpretação dos dados coletados.

Entende-se necessária a denominação desta pesquisa como qualitativa, a fim de reforçar a centralidade sobre os sujeitos sociais, suas experiências, seus valores e seus significados, entendendo que as indagações feitas sobre os problemas da realidade não terão resposta fora do espaço onde foram gestadas. Porém, isto não

representa um desprezo pela abordagem quantitativa, assumida aqui também como importante fonte de informação.

Mas, o qualitativo responde a questões particulares do objeto investigado, fundamentais para a compreensão da sua totalidade. Da mesma forma, desvenda um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, indo além dos dados quantitativos. (MINAYO, 1994).

A abordagem qualitativa tem como preceito aprofundar-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas, respondendo a questões particulares, possibilitando uma maior compreensão dos objetivos preestabelecidos e da temática a ser investigada (MINAYO, 1994).

Assim, orientado pela pesquisa qualitativa, utilizou-se de dados de fontes primárias<sup>2</sup>, com vistas a percorrer o objeto nas suas conexões e mediações. Cabe colocar que os dados empíricos não se restringem ao mero levantamento de dados, conforme coloca Severino,

A ciência, enquanto conteúdo de conhecimento, só se processa como resultado da articulação do lógico com o real, da teoria com a realidade. Por isso, uma pesquisa geradora de conhecimento científico e, conseqüentemente, uma tese destinada a relatá-la, deve superar necessariamente o simples levantamento de fatos e coleção de dados, buscando articulá-los ao nível de uma interpretação teórica (1991, p. 113).

Sobre as características qualitativas de trabalhos científicos, como os de pós-graduação, Severino afirma “[...] todos têm em comum a necessária procedência de um trabalho de pesquisa e de reflexão que seja *peçoal, autônomo, criativo e rigoroso.*” (1991, p. 109, grifos do autor). Em resumo, se refere ao envolvimento completo do pesquisador com a temática investigada exigindo um esforço pessoal para o desenvolvimento da pesquisa, sem representar o desprezo por contribuições de outros pesquisadores. E mais, alude a apropriação e o desenvolvimento da ciência, comprometida com a produção e a socialização do conhecimento, requerendo seriedade no andamento de um trabalho científico. (SEVERINO, 1991, p. 109-112).

---

<sup>2</sup> Sobre dados primários consultar Hirano (1979, p. 102-103).



As análises presentes nesta dissertação estão ancoradas na compreensão do acesso à saúde como um direito fundamental de todo ser humano, independente do território onde viva e/ou de sua nacionalidade, mas, sobretudo, como um direito humano.

Tendo esta posição como referência dividiu-se este trabalho em três seções: 1. Aborda discussão referente a ação profissional do Assistente Social, sua inserção e suas competências na área da saúde; 2. Discute sobre elementos determinantes da ação profissional no espaço fronteiriço, discorrendo sobre o conceito de *fronteira* e as políticas de saúde do Brasil e do Paraguai, com indicadores de saúde dos municípios brasileiros pesquisados e caracterização do cenário da pesquisa; 3. A apresentação, análise e interpretação dos dados coletados junto às Assistentes Sociais da área da saúde, em municípios de fronteira. A partir desta seção se introduz e analisa o material empírico coletado.

Após ter percorrido as conexões e mediações do objeto, distante do entendimento de uma verdade absoluta, apresenta-se este trabalho sobre uma realidade concreta que nega a positividade do real, a qual a compreende como estática e imutável.

## 1 A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO BRASIL E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Nesta primeira seção apresenta-se uma conceituação da ação profissional do Assistente Social, abordando os seus elementos condicionantes e estruturantes com referência em compreensões teóricas que compartilhamos.

Na seqüência faz-se um breve resgate histórico da inserção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, procurando apreender o sentido desta ação em diferentes momentos da política de saúde brasileira, para compreender o seu direcionamento teórico-prático na contemporaneidade.

Assim, a seção 1 mostra-se necessária para que se possa demarcar sobre qual sentido tratou-se o tema *ação profissional na saúde*.

### 1.1 O DEBATE ACERCA DA AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

O Projeto Profissional do Serviço Social<sup>3</sup> brasileiro se consubstancia no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, ambos de 1993, e nas Diretrizes Curriculares de 1996, propostas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Tem seus princípios e valores pautados "[...] na defesa de uma sociedade sem exploração de classes, na qual a

---

<sup>3</sup> O Projeto Ético-Político Profissional dos Assistentes Sociais se materializa na Lei de Regulamentação da Profissão, tendo em vista que esta faz a defesa da profissão perante a sociedade; nas Diretrizes Curriculares de 1996, para a Formação em Serviço Social, construídas coletivamente junto com o processo de renovação da profissão, numa preocupação com a formação de um novo perfil profissional; e principalmente, no Código de Ética de 1993, o qual fundamenta ética, ideológica e politicamente este Projeto. (IAMAMOTO, 2006a). O atual Projeto Profissional do Serviço Social tem como princípios o posicionamento em favor da *equidade* e da *justiça social*, tendo por fim o acesso universal a bens e serviços essenciais. Também, a ampliação e a consolidação da *cidadania* e da *democracia* como garantia dos direitos civis, políticos e sociais e como socialização do poder decisório e da riqueza produzida. Tem como valor central a *liberdade* como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, compromisso com a autonomia e a emancipação. Vincula-se a um projeto societário que visa à construção de uma *nova ordem societária*, comprometida com a eliminação da dominação e exploração de classe, etnia e gênero. Em suma, o novo Projeto comporta um conjunto de valores e princípios construtores de uma "imagem ideal da profissão". (NETTO, 2006, grifos nossos).

universalização dos direitos e a socialização da riqueza conduzam à emancipação humana.” (MOREIRA, 2006, p.09).

Lembrando que, o Serviço Social contemporâneo é fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade, do Estado e do país, com forte presença das lutas operárias impulsionadoras da crise da Ditadura Militar<sup>4</sup>. Foi nesse contexto de ascensão do movimento das classes populares em torno da elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988<sup>5</sup> e da defesa do Estado de Direito, que a categoria dos Assistentes Sociais foi sendo questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade. Respondeu a esse processo ampliando e reformulando o horizonte de preocupações no âmbito do Serviço Social, assim, revigorou-se uma fecunda organização da categoria em suas bases sindicais, acadêmicas e profissionais. (IAMAMOTO, 2006b, s/p.).

Com isso, o Serviço Social, profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, chegou à última década com o entendimento de uma profissão crítica e propositiva, atuando nas múltiplas expressões da “questão social”<sup>6</sup> por meio de políticas sociais públicas e privadas, de organizações da sociedade civil e de movimentos sociais. Nestes espaços, como profissionais dotados de uma formação intelectual crítica e cultural generalista, formulam e implementam propostas de enfrentamento das manifestações da “questão social”, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho. (ABEPSS, 1996).

---

<sup>4</sup> A Ditadura no Brasil teve início com o Golpe Militar de 1964, representando um período no qual a democracia esteve ausente, os direitos constitucionais foram suprimidos, presença de tortura, perseguição política e repressão aos oponentes deste regime. Os movimentos sociais foram calados, a arte, a música, os meios de comunicação e escolas foram controlados e censurados. Estes foram alguns dos componentes presentes na Ditadura Militar brasileira, que perdurou até 1985, tendo o governo Geisel, de 1974 a 1979, como expressão do início, ainda que lento, do processo de redemocratização do país.

<sup>5</sup> A sétima Constituição brasileira foi promulgada durante o governo José Sarney, em 1988 num contexto de importantes mudanças sociais e políticas. Chamada de Constituição-Cidadã, define maior liberdade e direitos ao cidadão, os quais haviam sido reduzidos durante o governo militar, e ainda, viabiliza a incorporação de emendas populares. Também mantém o Estado com status de República Presidencialista. (BRASIL, 1988).

<sup>6</sup> A “questão social” é aqui tomada como expressão de contradição, de lutas de classe entre capitalistas e trabalhadores, os detentores dos meios de produção e os que produzem mercadoria, respectivamente. O Serviço Social atua para dar respostas a esta contradição, expressa através da ausência de trabalho, educação, saúde, alimentação, habilitação e tantas outras. Na atualidade a violência se caracteriza como uma das mais preocupantes expressões da “questão social”, sendo esta considerada questão de saúde pública devido ao número de mortes decorrentes da violência nas suas mais variadas formas. É cabível expor também que não entendemos que exista uma nova “questão social”, ocorre que as transformações societárias das últimas décadas trouxeram à tona *novas dimensões e novas expressões* da “questão social”, mas esta em si permanece sendo fruto da mesma contradição entre o capital e o trabalho.

Sob este entendimento é que ora iniciamos a discussão acerca da ação profissional do Assistente Social, a qual expressa as dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-operativa e investigativa, inerentes à intervenção profissional. O intuito é de apreender a ação profissional articulada com os elementos estruturantes e condicionantes do Serviço Social.

As diferentes profissões exercem atividades especializadas, cada qual na sua área e especificidade, mas a ação de maneira geral pode ser compreendida como,

Conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em um determinado momento histórico. São as 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, de sociedade e de relações sociais. (MIOTO, 2006, s/p.).

A idéia exposta acima retrata que as profissões não são revestidas pela neutralidade. As ações profissionais materializam todo um projeto profissional e este, segundo Netto (2006), condensa uma opção por um projeto de sociedade, no caso do Serviço Social está manifesto no posicionamento em favor da classe trabalhadora e, portanto, não caberia o entendimento de uma ação neutra.

Entende-se que a ação profissional do Assistente Social abarca todas as atividades do âmbito profissional, em diferentes espaços sócio-ocupacionais. Atividades que o profissional exerce como trabalhador assalariado no atendimento dos mais diferentes usuários, sejam crianças, jovens, mulheres, idosos e/ou famílias, os quais apresentam diversas demandas envolvendo necessidades sociais.

As diferentes inserções em espaços do mercado de trabalho do Assistente Social condicionam seu trabalho concreto, interferindo nas condições para a concretização da autonomia profissional, pois se tratam de espaços de natureza, racionalidade e finalidades específicas. (IAMAMOTO, 2006b).

Enquanto assalariado, o Assistente Social é um trabalhador dependente da venda de sua força de trabalho especializada para obtenção de seus meios de vida. A objetivação de sua força de trabalho qualificada ocorre no âmbito de processos e relações de trabalho organizadas pelos seus empregadores, os quais detêm o

controle das condições concretas e objetivas necessárias para a intervenção deste profissional. Assim, as alterações no mundo do trabalho e nas relações entre Estado e sociedade, afetam diretamente a ação do Assistente Social na operacionalização de políticas que atendem as necessidades sociais dos usuários. (IAMAMOTO, 2006a, p. 181).

Os usuários de serviços sociais apresentam demandas singulares possibilitando intervenções no âmbito imediato, como também no mediato, por intermédio de ações perpassadas pelas dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas, técnico-operativas, investigativa e formativa, sempre de forma articulada. A instrumentalidade do Serviço Social, aqui entendida como os meios através dos quais os profissionais realizam as suas intervenções, sendo um processo historicamente construído.

Esta é uma questão de fundo para a ação profissional contribuindo para a articulação das dimensões da profissão na medida em que esta se faz presente em todas as ações, independente da perspectiva teórico-metodológica adotada.

Porém, a ação profissional não se refere apenas as atividades efetuadas com os usuários, mas também com os empregadores e os demais profissionais do local de trabalho. Estas intervenções são permeadas por componentes sócio-políticos,

O Serviço Social surge e se expande marcado pela contradição fundamental que organiza a sociedade do capital: o caráter cada vez mais social do trabalho e das forças produtivas contraposto à apropriação privada dos frutos desse mesmo trabalho. Portanto, a atuação do Serviço Social é visceralmente polarizada por interesses sociais de classes contraditórias, inscritas na própria organização da sociedade e que se recriam na nossa prática profissional [...] a prática profissional tem um caráter essencialmente político: surge nas próprias relações de poder presentes na sociedade. Esse caráter não deriva de uma intenção do Assistente Social, não deriva exclusivamente da atuação individual do profissional. [...] se configura na medida em que a sua atuação é polarizada por estratégias de classes voltadas para o conjunto da sociedade, que se corporificam através do Estado, de outros organismos da sociedade civil, e expressam nas políticas sociais públicas e privadas e nos organismos institucionais nos quais trabalhamos como Assistentes Sociais; trata-se de organismos de coerção e de hegemonia que sofrem rebatimento dos combates e da força das classes subalternas na sua luta coletiva pelo esforço de sobrevivência e para fazer valer seus interesses e necessidades sociais. (IAMAMOTO, 2000, p. 122).

Entender a ação profissional como completamente permeada por componentes sócio-políticos se faz importante no sentido de identificar questões peculiares a sociedade capitalistas (pobreza, exploração, desemprego e/ou subemprego, outras), com as quais o Assistente Social se depara em seu exercício. Pretende-se com isso, demonstrar que a intervenção deste profissional pode contribuir para a alteração das contradições presentes nesta sociedade, mas de forma alguma pode ser responsabilizada isoladamente por isso.

A intervenção profissional do Assistente Social, embora possua uma ampla conceituação, pode ser descrita pelo exercício do conjunto das *competências* e das *atribuições privativas* expressas na Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8.662/1993. Este conjunto confere atributos técnicos e éticos à profissão.

As *competências* podem ser mensuradas como qualificações profissionais gerais, reconhecidas por leis profissionais, independentemente de esta qualificação ter sido reconhecida também a outros profissionais. (SIMÕES, 2007, p. 443).

No caso do Serviço Social as suas competências estão expressas em onze incisos do Artigo 4º da Lei nº 8.662/1993 e, no geral, referenciam intervenções no campo das políticas sociais nos diferentes locais de inserção profissional e a atuação junto à população na viabilização de benefícios e direitos sociais.

As *atribuições privativas* apesar de serem competências se diferem pela exclusividade. Ou seja, são atribuições que adquirem validade institucional somente quando realizadas pelos profissionais daquela categoria específica, sendo ilegal o exercício destas competências por profissionais de outras categorias. (SIMÕES, 2007, p. 443-444).

As atribuições privativas dos Assistentes Sociais se encontram expressas em treze incisos do Artigo 5º da Lei nº 8.662/1993. Em termos globais fazem referência a ações no âmbito da formação em Serviço Social; de programas e projetos na matéria de Serviço Social; e a fiscalização do exercício profissional. Sendo a sua totalidade composta por competências atribuídas somente aos profissionais de Serviço Social.

Quanto aos elementos estruturantes da ação profissional do Assistente Social, segundo Mito (2006), aludem ao conhecimento da realidade, do local onde a ação se desenvolve e também dos sujeitos atendidos; por objetivos que projetam finalidades nas ações; formas de abordagem dos sujeitos atendidos; e por fim, pelos instrumentos técnico-operativos utilizados para a intervenção, apropriados às formas

de abordagem definidas e aos recursos auxiliares à implementação da ação. “Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 281).

Já, os elementos condicionantes da ação se encontram nas condições e relações sociais historicamente estabelecidas entre organismos empregadores (públicos e privados) e usuários dos serviços prestados; os recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis para a execução do trabalho, e a articulação do Assistente Social com demais trabalhadores, como partícipe do trabalho coletivo. (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 52).

Para Iamamoto (2001, p. 94), os elementos que condicionam a prática profissional podem ser diferenciados em internos e externos. Os primeiros são os dependentes do desempenho profissional, geralmente referidos à competência do Assistente Social. Por exemplo, situação que exige uma capacidade técnica de realizar a leitura da realidade conjuntural. E os segundos são aqueles determinados pelas circunstâncias sociais na qual a prática profissional se realiza, abrangendo um conjunto de fatores independentes do profissional, porque se vinculam as dinâmicas sociais.

Assim, pode-se dizer que os elementos estruturantes da ação profissional respondem por um conjunto de fatores que caracterizam e qualificam as ações dos Assistentes Sociais. Já, os condicionantes são aqueles dos quais a ação fica dependente para a sua efetivação, estabelecendo o nível de êxito da ação realizada.

Mioto (2006) coloca, ademais, que as ações são articuladas em torno de *processos*, os quais estão dialeticamente ancorados na dimensão investigativa, num entendimento claro de que a intervenção só se faz qualificada quando subsidiada pelo conhecimento rigoroso da realidade social. Os *processos* descritos pela autora se dividem em:

**1. Processos Político-Organizativos:** enquadram as ações de mobilização e assessoria com a finalidade de organizar a sociedade civil e oportunizar a participação política, no sentido da luta pela garantia e ampliação de direitos na esfera pública e também para o exercício do controle social<sup>7</sup>. (MIOTO,

---

<sup>7</sup> O controle social assumiu ao longo da história, diferentes conceituações. Na Sociologia é usado para definir os mecanismos que estabelecem a ordem social de forma a disciplinar a sociedade, a qual os indivíduos são submetidos a determinados padrões sociais e princípios morais. Já, para alguns autores da Ciência Política, o controle social é usado para definir a intervenção do Estado sobre os conflitos sociais, por meio da implementação de políticas sociais. Assim, ao passo em que o

2006, s/p.). Ou seja, são aquelas ações correspondentes à defesa da democracia e dos direitos, da cidadania, da socialização da participação política e da garantia do pluralismo, princípios fundamentais estabelecidos pelo Código de Ética do Assistente Social de 1993<sup>8</sup>. (Resolução CFESS nº 273/1993).

Destacam-se aqui as ações realizadas nos e com os Conselhos de Direitos, instrumentos de controle social, entre as quais se sobressaem as de assessoria, permanente ou pontual. Enquanto assessor, o Assistente Social intervém contribuindo com reflexões e discussões acerca de diferentes situações em pauta, assim como, participa e intervém no processo de mobilização dos sujeitos políticos. Nesta função, toda a compreensão da dinâmica da realidade e das necessidades da população e dos movimentos da sociedade, assim como o conhecimento referente à legislação, às políticas e programas sociais, permite ao profissional usufruir de um acervo de dados sobre o movimento da realidade social. Conhecimento este a ser utilizado na sua atuação como assessor para subsidiar as análises.

Acrescentam-se as intervenções realizadas junto às organizações e movimentos populares, tendo como foco a luta pela concretização e defesa dos direitos de cidadania.

Nestes espaços, o Assistente Social também contribui para a criação de novos consensos, na medida em que socializa informações subsidiando a formulação de políticas e o acesso aos direitos sociais; viabiliza o uso de recursos legais atendendo aos interesses da sociedade; e interfere na gestão e avaliação das políticas. (IAMAMOTO, 2001, p. 69).

**2. Processos de Planejamento e Gestão:** se encaixam as ações exercidas por profissionais ocupantes de cargos de gerência e de administração no campo da implementação e operacionalização das políticas sociais, no desenvolvimento de

---

Estado controla o conjunto da sociedade, ele também incorpora as demandas sociais. E por fim, o mais novo entendimento sobre este conceito, o qual assumimos, o define como a atuação de setores organizados na sociedade sobre a gestão das políticas públicas, a fim de controlá-las para que respondam às demandas sociais. Ou seja, é o controle exercido pela sociedade organizada sobre as ações do Estado, de forma que este atenda também aos interesses das classes subalternizadas, em uma perspectiva coletiva. (CORREIA, 2005, p. 130). É fato que a administração pública no Brasil é controlada por escassos meios, mas a partir da Constituição Federal de 1988, um dos elementos fundamentais do controle social do Estado entrou no cenário, os Conselhos de Direitos e de Políticas Sociais.

<sup>8</sup> De acordo com Netto, os Códigos de Ética das diferentes profissões são componentes imperativos do exercício profissional, isto é, existe nestes um consenso mínimo que dá garantia ao seu cumprimento, mesmo assim, o debate e as discrepâncias sobre seus princípios e suas normas acontecem. Entretanto, no caso do Serviço Social brasileiro o autor destaca que mesmo havendo discordâncias, o Código de 1993 é um momento fundamental para o processo de concretização do Projeto Ético-Político. (NETTO, 2006).



programas, projetos e prestação dos serviços, em instituições e empresas públicas ou privadas. (MIOTO, 2006, s/p.).

Ao planejar e gerir os serviços sociais em instituições, programas e empresas, as ações realizadas podem favorecer a efetivação da intersetorialidade. Seja por meio da gestão das relações interinstitucionais, como na criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, os quais embasam tanto a intervenção do Assistente Social como também da equipe em que se insere. Da mesma forma, incluem-se nos Processos de Planejamento e Gestão as ações de capacitação de recursos humanos e ainda, as relacionadas à gestão e avaliação institucional, de serviços e das atividades profissionais. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 284).

No geral se tratam de ações processadas através da definição de estratégias com objetivos voltados para o atendimento de demandas apresentadas pelos usuários, para o qual o conhecimento da realidade trabalhada é indispensável.

**3. Processos Sócio-Assistenciais:** se inserem as ações realizadas diretamente com os usuários do Serviço Social no atendimento de demandas singulares, na perspectiva de construção da autonomia destes sujeitos.

Abarcam as *ações periciais*, aquelas voltadas para a elaboração de parecer social ou técnico; as *sócio-emergenciais* caracterizadas pelo atendimento em caráter de emergência, relacionado às necessidades sociais dos usuários e das famílias; *ações sócio-terapêuticas*, aquelas desenvolvidas no caso de uma situação de sofrimento, como o alcoolismo, por exemplo, seja ela vivenciada individualmente e/ou em grupo, como a família; e mais, as *ações sócio-educativas* que remetem a informação, ao diálogo e reflexão com os usuários, visando a socialização do conhecimento a respeito do acesso aos direitos, às políticas sociais e também a alteração da situação problema vivenciada pelo sujeito atendido. (MIOTO, 2006, s/p.).

As ações sócio-assistenciais contemplam intervenções diretas com os usuários, estando presente o atendimento das necessidades básicas e mais imediatas dos grupos.

O entendimento aqui presente sobre as ações mediatas e imediatas desenvolvidas pelos Assistentes Sociais coloca as primeiras como situadas nos **Processos Político-Organizativos**, nos de **Planejamento e Gestão** e ainda, encaixam-se nas ações *sócio-educativas* participantes dos **Processos Sócio-**

**Assistenciais.** O exposto se justifica porque se compreende as ações mediatas como aquelas em que o Assistente Social utiliza da articulação com outros profissionais, e de espaços de mobilização política a fim de viabilizar recursos e benefícios sociais. Ancoradas em princípios como liberdade, cidadania e autonomia. Da mesma forma, aquelas ações que visam inserir os usuários em processos de participação política e de alteração de situações emergenciais e reiterativas.

Já, as segundas são entendidas neste estudo como situadas na totalidade dos **Processos Sócio-Assistenciais**. Pois, as ações imediatas são aquelas que requisitam procedimentos, encaminhamentos com resultados em curto prazo, tendo em vista que o usuário se encontra em situações como de fome, doença, desabrigo, não inserção em escola, entre outras. São situações em que seus direitos estão sendo violados, requerendo ação rápida do profissional.

Os *processos* descritos possibilitam a superação de uma perspectiva unidimensional colocada nos espaços empregadores de Assistentes Sociais. A autora trabalha os *processos* com a hipótese de que estes oportunizam a leitura das ações nos diversos aspectos, considerando que estas passam a ser entendidas como presentes nos diferentes espaços sócio-ocupacionais e nas áreas em que as ações profissionais se realizam. (MIOTO, 2006). No bojo dessas considerações afirma-se que,

[...] a orientação assumida na intervenção implica em um conhecimento que supõe simultaneamente uma concepção de sujeito e objeto, como dos objetivos e de sua operacionalização. Portanto, as ações profissionais incidem sobre um determinado objeto, têm objetivos específicos, realizam-se através de diferentes abordagens utilizando-se de diferentes instrumentos técnico-operativos. (LIMA, 2006, p. 48).

Assim, pensar as ações profissionais na óptica dos *processos* permite também aprofundar a discussão sobre o fazer profissional do Assistente Social e sobre suas referências teóricas, “[...] no contexto de um processo de planejamento que formalize as decisões a respeito de tais ações.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 285).

Cabe salientar, os Assistentes Sociais são chamados a intervir nos processos sociais embasados na própria realidade, porém, a intervenção ocorre em parte subordinada em relação ao que é determinado pelas instituições empregadoras. Isso

porque estes profissionais são trabalhadores assalariados e, enquanto tais estão sujeitos a determinações sociais não vivenciadas exclusivamente pelos Assistentes Sociais, mas por diferentes profissões que realizam seu trabalho na sociedade capitalista. Este fato recai sobre a relativa autonomia destes profissionais.

Sobre isso, Yamamoto (2001), assinala a atuação profissional como uma atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas, na qual uma direção social condiciona ações, vontades e a própria consciência dos profissionais. Desta maneira, o caráter contraditório da profissão vem à tona, pois, se situa no interior da sociedade capitalista, participando nos processos de reprodução das relações sociais.

Incluem-se, além da já citada inserção como trabalhador assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 24). Assim, pensar a inserção da profissão nos diversos processos de trabalho requer pensar a forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores de Assistentes Sociais organizam os seus objetivos institucionais voltados para a intervenção sobre as necessidades do ser social. (ABEPSS, 1996, p. 36).

Conclui-se, desta maneira, que qualquer definição de ação profissional é esvaziada e incompleta, caso o seu entendimento não esteja vinculado à dinâmica da sociedade e a da instituição empregadora, tendo em vista que estas incidem decisivamente sobre a atuação profissional do Assistente Social.

Discutido conceitualmente sobre a ação profissional, parte-se para uma retomada histórica da inserção do Assistente Social na política de saúde brasileira, bem como para o debate sobre a ação e a contribuição deste profissional nesta área, sobretudo, no que tange a promoção da saúde.

## **1.2 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**

Apresenta-se uma sumária retrospectiva histórica da inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde. O intuito é de resgatar os principais fatos ocorridos a

partir do conceito de saúde formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) até a conjuntura atual, que imprimiram ao Serviço Social o estatuto de profissional de saúde e tornaram esta área sua maior empregadora no mercado de trabalho até recentemente. Propõe-se também levantar as competências dos Assistentes Sociais na área da saúde, caracterizando algumas de suas ações na política pública de saúde brasileira<sup>9</sup>.

A inserção do Assistente Social brasileiro na área da saúde<sup>10</sup> foi sendo inscrita ao longo dos anos, sendo 1948, o marco inicial para a discussão proposta nesta Dissertação. Neste ano a OMS elaborou um novo conceito de saúde, definindo-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença<sup>11</sup>. Com isso, o enfoque sobre os aspectos biopsicossociais requisitou novos profissionais para atuarem na área da saúde, dentre estes os Assistentes Sociais.

Inicialmente estes profissionais se inscreveram na saúde com a designação *Serviço Social Médico* tendo por fim o auxílio no tratamento médico, orientado pelos padrões aprovados pelas Associações Americana de Assistentes Médico-Sociais e Americana de Hospitais. As ações destes profissionais eram consideradas como de natureza educativa, voltadas, sobretudo, para o conhecimento da personalidade do *cliente*. (CORREIA, 2005, p. 235, grifos nossos).

Esta atuação só tinha visibilidade no âmbito individual, isto é, na medida em que o *cliente* se engajasse no tratamento. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 201, grifos do autor).

---

<sup>9</sup> Para uma ampla discussão da inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde indicamos Bravo (2007), autora de maior referência do item 1.2, da seção 1. A opção por esta autora se fundamenta no entendimento que a mesma resgata com muita propriedade intelectual, a inserção do Serviço Social no setor saúde, nas diferentes conjunturas históricas, tal como objetivamos expor neste item de seção.

<sup>10</sup> Cabe lembrar que o sistema público de saúde anterior à Constituição Federal de 1988, se caracterizava por um padrão institucional dual que separava “saúde pública” e “medicina previdenciária”. Neste sistema o Ministério da Saúde era responsável pelas ações de saúde pública com alcance coletivo, de caráter sanitário e preventivo. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada no âmbito do setor público apenas aos segurados da Previdência Social, enquanto ao Ministério da Previdência Social cabiam as ações de responsabilidade individual, de natureza curativa. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002, p. 13). Os demais brasileiros, não segurados, eram submetidos à seleção econômica para acessar os serviços públicos de saúde. Este modelo de atenção era caracterizado pela duplicidade e pela fragmentação das ações e serviços.

<sup>11</sup> A Organização Mundial da Saúde definiu em 1948, a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como a ausência de doença. Tal conceito foi adotado pela Conferência Internacional de Saúde em 1946 e assinado por 61 (sessenta e um) Estados. Esta conceitualização representou um avanço na definição do direito à saúde, para além da oferta de serviços médicos curativos.

Neste ínterim, a assistência à saúde ofertada pelo setor previdenciário não apresentava cobertura universal, fato que gerou uma contradição entre a demanda e a característica excludente e seletiva dos serviços de saúde.

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem e seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 199).

As modificações ocorridas no Serviço Social no pós-1964, trouxeram rebatimento na prática desses profissionais da saúde devido às novas exigências postas pela política de saúde, pela reorganização institucional do setor, pelos movimentos sociais e pela própria conjuntura da sociedade. As alterações no interior da profissão ocorreram articuladas às transformações presentes no Brasil a partir do período ditatorial até a transição política. (BRAVO, 2007, p. 95-96).

Faz-se necessário lembrar que estas alterações foram resultantes do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, o qual passou por três tendências teórico-metodológicas: a da modernização conservadora; da reatualização do conservadorismo; e da intenção de ruptura. Sendo que, as duas primeiras tendências não propunham o rompimento com o conservadorismo profissional. (NETTO, 2001). As referidas tendências refletiram-se na ação dos profissionais na área da saúde.

Nasceram demandas para o exercício profissional impostas pelo aparato burocrático-administrativo decorrentes das inovações institucionais relacionadas à nova técnica imposta pela Ditadura Militar. Com isso, estratégias de ação não utilizadas anteriormente foram adotadas visando “[...] responder à eficiência e eficácia exigidas pelo novo padrão de racionalidade.” (BRAVO, 2007, p. 97). Não se pode deixar de relacionar essa reorientação do Serviço Social com a adoção da vertente modernizadora, na qual o conservadorismo foi atualizado na profissão, e enquanto tal a intervenção foi direcionada aos interesses da autocracia burguesa<sup>12</sup>.

Entretanto, também na década de 1960, começaram a florescer questionamentos em referência à posição conservadora da maioria dos Assistentes

---

<sup>12</sup> Para um tratamento aprofundado sobre a autocracia burguesa e suas influências no período de Ditadura Militar, consultar Netto (2001).

Sociais. Tal debate surgiu embasado em questões levantadas pelas Ciências Sociais e Humanas, relacionadas, sobretudo, ao desenvolvimento do capitalismo em países avançados e suas conseqüências sobre a América Latina. (BRAVO, 2007, p. 98).

Assim, se iniciou um longo processo de repensar a profissão, momentos de avanços e outros tantos de retrocesso demarcaram a ação do Serviço Social no âmbito das políticas sociais. Um momento de retrocesso foi marcado logo em seguida ao Golpe Militar de 1964. Naquele momento, o processo de crítica recém iniciado não chegou a ter expressão.

As décadas de 1960 e 1970 marcaram, inicialmente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões e posteriormente no Instituto Nacional de Previdência Social<sup>13</sup> (INPS), a expansão do atendimento médico-previdenciário, constituído como um novo espaço de inserção dos Assistentes Sociais. Estes permaneciam organizando a demanda para consultas médicas, realizando a coleta de informações de ordem social para subsidiar o diagnóstico médico, e a mobilização comunitária para a reintegração dos pacientes junto à família, ao trabalho e à comunidade. (NOGUEIRA, 2003).

A ampliação da assistência médica previdenciária acarretou, desde 1946, num processo de expansão profissional do Serviço Social, mas a regulamentação da atuação neste órgão foi ocorrer apenas em 1967, prevendo as ações dos Assistentes Sociais como,

[...] individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. (BRAVO, 2007, p. 102).

A categoria discutiu sua inserção na área da saúde durante o II Congresso Brasileiro, apontando para as abordagens grupal e comunitária, bem como, sinalizando para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e

---

<sup>13</sup> O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado através do Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões existentes. O INPS foi substituído vinte e quatro anos depois pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por meio do Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em janeiro de 2008.

recuperação. No entanto, não é na saúde coletiva que o Assistente Social se inseriu, pois, o mercado de trabalho se ampliava para a saúde individual, fundamentalmente para o setor previdenciário. (BRAVO, 2007, p. 102).

Percebe-se com isso que a saúde coletiva não foi um campo que absorveu de imediato os Assistentes Sociais, isso requereu da categoria um rearranjo de suas vertentes teóricas.

Com as influências da modernização sobre as políticas sociais, a ação do Serviço Social se caracterizava como uma prática curativa, especialmente na assistência médica previdenciária. Eram enfatizadas as técnicas de intervenção, as atividades burocratizadas, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios como doação. O caráter educativo das ações, nessa época, estava ligado a funções terapêuticas, preventivas e promocionais, objetivando melhoria e restauração da saúde. Ou seja, ações reduzidas a modelos e técnicas pedagógicas sem articulação com os determinantes da “questão social”. (BRAVO, 2007, p. 105).

As modificações ocorridas no Serviço Social se relacionavam diretamente com as alterações na política de saúde, reafirmando a subordinação da profissão às necessidades da política de dominação e controle das classes trabalhadoras do país. Esta afirmação demarca a presença da subordinação nos diferentes momentos históricos da profissão, nas diversas áreas. Mas, o enfrentamento e a busca da autonomia profissional se iniciaram, concretamente, no instante em que o Serviço Social colocou em debate um processo de questionamento da perspectiva modernizadora, presente até então.

Os assistentes sociais brasileiros de posições progressistas, a partir de 1974, sentiram a necessidade de se organizarem enquanto categoria, sensibilizados e estimulados pelo movimento de reorganização e revitalização do sindicalismo brasileiro e de outros movimentos sociais que despontavam no cenário nacional. A reação dos assistentes sociais se iniciou no âmbito sindical e de ensino, espaços privilegiados para a articulação da categoria. (BRAVO, 2007, p. 108).

Porém, o avanço da organização da categoria não representou, naquele momento, a formulação de alternativas de ação em nível institucional. As mesmas foram elaboradas, ainda de forma incipiente, apenas nos anos de 1980.

Na segunda metade da década de 1970, passaram a atuar no recém criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social<sup>14</sup> (INAMPS), porém, sem o mesmo nível de coordenação existente no INPS. Mas, as reações dos profissionais a estas mudanças não modificaram em nada a estruturação do Serviço Social nesta Instituição. A ação do Assistente Social na saúde permaneceu imbricada por funções terapêuticas, preventivas e socializantes do *Serviço Social de Caso*. (BRAVO, 2007, p. 113-115, grifos da autora).

Até o início da década de 1980, o Serviço Social havia amadurecido o processo organizativo da categoria e houve ainda, o aparecimento de outras direções teóricas; o aprofundamento teórico-metodológico dos docentes; o movimento geral da sociedade determinado pela correlação de forças entre as classes fundamentais e emergência de movimentos sociais urbanos e sindicais.

Bravo e Matos (2006) defendem a tese de que os Assistentes Sociais mantiveram-se ausentes do Movimento de Reforma Sanitária<sup>15</sup>. Pois, neste momento a luta do movimento de Reforma Sanitária era em favor da aprovação da universalidade do direito à saúde, já o Serviço Social passava por um momento interno de ruptura, de renovação da profissão ao renunciar às suas origens conservadoras.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de

---

<sup>14</sup> O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1977, para atender somente pessoas com carteira de trabalho assinada. Sendo que o atendimento aos desempregados e residentes no interior era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais. Um passo significativo na direção da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Em 27 de julho de 1993, o referido Instituto foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS. Com a sua extinção foi preservada também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros, servindo de experiência para o então formado SUS. Disponível em: < [http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus\\_aspgerais.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm)>. Acesso em janeiro de 2008.

<sup>15</sup> O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira teve início em pleno regime autoritário da Ditadura Militar, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde e posteriormente, aderido por outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. Tinha como proposições a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor. Disponível em: < [http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus\\_historia.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_historia.htm)>. Acesso em janeiro de 2008. O Movimento teve seu auge no final da década de 1980, quando a saúde foi declarada constitucionalmente como um direito universal e de dever do Estado.



práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. (BRAVO, 2006 apud BRAVO; MATOS, 2006, p. 204).

Já, durante o governo Figueiredo (1979- 1984), o Serviço Social deu seguimento ao processo de renovação crítica, no qual se confrontavam diferentes direções teóricas – a modernizadora; a reatualização do conservadorismo; e a intenção de ruptura – na busca pela hegemonia. Porém, com a ampliação das liberdades democráticas durante a abertura política do país, a vertente teórica que aprofundou seu processo de maturação foi a intenção de ruptura. (BRAVO, 2007, p. 119).

Cabe colocar que o citado processo de maturação se valeu dos avanços conquistados pela profissão durante toda a década de 1970. E ainda, o amadurecimento dessa vertente foi decisivo para que a profissão se desvinculasse de técnicas psicologizantes e de práticas modernizantes, propondo novos projetos de ação.

No que se refere à prática profissional, alguns avanços foram conseguidos, embora de forma embrionária. Houve ampliação da concepção de instituição e da política, com o auxílio do referencial analítico de Gramsci. As instituições visualizadas como espaço que reflete o antagonismo da sociedade e suas contradições, no seu aspecto de movimento, que se modifica em face da correlação de forças que se altera historicamente e as respostas do setor socialmente dominado. (BRAVO, 2007, p. 121).

No mesmo contexto, os Assistentes Sociais com atuação na saúde permaneceram distantes da reflexão e do aprofundamento teórico em ocorrência no Serviço Social. Os adeptos da vertente intenção de ruptura não obtiveram sucesso de definição de um novo padrão de intervenção, com estratégias teórico-político-ideológicas que deslocassem o Assistente Social de mero executor terminal das políticas de saúde. Um dos motivos para isso é a carência de engajamento dos mesmos no Movimento Sanitário – conforme apontado anteriormente.

Por isso, Bravo (2007, p. 124), afirma que a postura marginalizada da maioria dos Assistentes Sociais no momento em que o setor saúde passava por um processo de reformulação, assinalava dois condicionantes. Por um lado, havia a necessidade de que a vertente intenção de ruptura operasse um redimensionamento

teórico-metodológico, considerando que o Serviço Social estava desprovido de acúmulo quanto à elaboração e investigação. Este fato interno requereu a construção de novas bases para a profissão, traçando com isso a sua vinculação com a universidade, impedindo que os profissionais estivessem nesse momento vinculados ao movimento social da saúde. E de outro, o Assistente Social na área da saúde era subordinado, ou seja, a atuação estava atrelada ao protagonismo médico. Além do fato de que a condição feminina da profissão também a fazia subordinada.

Desta forma, pode-se dizer que a marginalização da maioria da categoria ocorreu devido à profissão estar vivenciando um momento de “olhar para si”, de revisão interna de suas bases teórico-metodológicas e dos rumos a serem assumidos pela profissão frente às transformações em curso.

Contudo, o Serviço Social iniciou um processo de sensibilização da profissão pela área da saúde coletiva, em que foi visualizada a possibilidade de atuação em centros de saúde e ambulatórios. (BRAVO, 2007, p.125).

Na década de 1980, se avolumaram as publicações de livros, revistas e artigos, e os eventos nacionais e regionais de discussão acerca da intervenção do Serviço Social na saúde. Estes estavam marcados por perspectivas progressistas, mas também pelas neoconservadoras, o que demonstrava que a conquista de um projeto profissional hegemônico ainda não havia sido alcançada.

Não se pode negar o mérito da categoria no primeiro lustro dos anos de 1980, sobretudo, no que se refere à mobilização da sociedade e sua repercussão na profissão. No entanto, Bravo elucida,

Essas conquistas, entretanto, ainda foram reduzidas, não conseguindo acompanhar o movimento desenvolvido pelos sanitaristas que, paralelamente à revisão crítica dos fundamentos teórico-metodológicos, traçaram uma estratégia de modificação das políticas sociais via penetração no aparelho do Estado, que vai efetivar-se com maior organicidade na transição à democracia. [...] As entidades da categoria não conseguiram promover de forma articulada com outras entidades, como as da saúde, uma estratégia de alteração das políticas sociais em particular. (BRAVO, 2007, p. 128-129).

Foi no contexto seguinte, durante o período de transição política datada a partir da segunda metade da década de 1980, que o adensamento das tendências democráticas oportunizou a continuidade do processo de renovação do Serviço

Social, bem como, a concretização da vertente intenção de ruptura para o conjunto da categoria. (BRAVO, 2007, p. 129).

As entidades organizativas do Serviço Social se reorganizaram e mobilizaram a fim de debater os novos rumos profissionais, frente às transformações colocadas na sociedade e no conjunto das políticas sociais.

A saúde persistia sendo uma área na qual o referido profissional atuava como executor terminal das políticas sociais, a exemplo de outras áreas de intervenção. Mas, nasciam em estados como Bahia, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, tentativas de operacionalização de propostas emergentes na política de saúde, por intermédio de ações de participação social em saúde e formulação de novas estratégias de trabalho. (BRAVO, 2007, p. 134).

Para pensar o Serviço Social no período de 1985 a 1990, se deve enfatizar a mobilização da categoria por uma articulação com as suas entidades a fim de reforçar sua prática; a apresentação de teses sobre a saúde em eventos importantes, como o CBAS e o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; o aprofundamento de conceitos mediante estudos voltados para a prática do Assistente Social, na perspectiva da vertente intenção de ruptura. (BRAVO, 2007, p. 139-140).

Neste entremeio, embora pequena, houve uma contribuição da categoria para a politização da saúde, por meio de seus fóruns de discussão, nos trabalhos realizados nas instituições e junto aos movimentos populares.

No que se refere à participação popular, alguns fóruns institucionais foram criados, e o profissional não foi convocado a participar de forma mais orgânica para contribuir na articulação micro-macro, apesar da trajetória histórica do Serviço Social apontar esse espaço como uma das suas articulações, desde as elaborações de desenvolvimento de comunidade. No entanto, na prática no setor saúde esta não tem se efetivado. [...]. No que se refere à alteração da prática institucional – mudança na qualidade dos serviços e melhor atendimento aos usuários -, também foi pequena a contribuição dos assistentes sociais, apesar de ser o espaço onde os profissionais têm se concentrado. (BRAVO, 2007, p. 140-141).

Ponto decisivo para a reorientação do campo dos direitos no Brasil foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, colocando a saúde no patamar de política pública, inserida no sistema de Seguridade Social. Pouco depois, ocorreu a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) - contemplada no conjunto das Leis

nº 8.080 de 19 de setembro e nº 8.142 de 28 de dezembro, ambas de 1990 - a qual regulamentou o Sistema Único de Saúde brasileiro<sup>16</sup>.

Neste contexto nasceu um novo modelo de atenção à saúde, o SUS, formalizado como um sistema universal, equânime, integral e resolutivo, com serviços regionalizados e hierarquizados, com participação da comunidade por intermédio do controle social e definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Momento o qual se registrava uma maior visibilidade da prática profissional do Assistente Social enquanto trabalhador da saúde. (CFESS, 2002).

Porém, a década de 1990, teve início com uma disputa de projetos políticos na área da saúde, expresso entre o Projeto Privatista e o de Reforma Sanitária<sup>17</sup>. Este contexto de disputa apresentou diferentes requisições para o Serviço Social.

O primeiro Projeto exigiu do profissional o desenvolvimento de atividades ligadas à seleção socioeconômica; aconselhamento psicossocial; fiscalização de usuários dos planos privados de saúde; ação assistencialista através da ideologia do favor e concentração de práticas individuais. No tempo em que o Projeto de Reforma Sanitária convocava a categoria para a busca da democratização do acesso às unidades e serviços de saúde; humanização no atendimento; interação da instituição com a realidade; interdisciplinaridade; ações concentradas em abordagens grupais; acesso à informação; e estímulo à participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206).

Ainda no início dessa década, o Serviço Social aprovou seu atual Código de Ética Profissional, através da Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 273 de 1993, resultado do processo de recusa ao lastro conservador e tradicionalista iniciado na década de 1960. A categoria imprimiu no Código de 1993, novos valores éticos, fundamentados no compromisso profissional como os usuários tendo como referência os valores da liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social.

---

<sup>16</sup> Sobre o Sistema Único de Saúde trataremos mais cuidadosamente na segunda seção.

<sup>17</sup> Pode-se dizer que atualmente, ambos os Projetos continuam em disputa, conforme coloca Bravo; Matos (2006, p. 211), ao afirmar que o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, ora fortalece o Projeto Sanitário e ora mantém a focalização e o desfinanciamento, que são característicos do Projeto Privatista. Quanto ao Serviço Social, as produções têm indicado que o Projeto Sanitário está em consonância com o novo projeto profissional dos Assistentes Sociais, o qual se consolidou, ao menos no campo acadêmico e das entidades organizativas e representativas da profissão, no decorrer da década de 1990.

Estava manifesto a gestação de uma nova orientação teórico-metodológica no Serviço Social. Nogueira e Mioto (2006), expressam o redirecionamento das ações ao falar sobre a participação da comunidade como uma das possibilidades de superação das antigas práticas, centradas no individualismo e em abordagens psicologistas,

A participação da comunidade, igualmente um princípio constitucional e eixo organizador do Sistema Único de Saúde, é um outro ponto a ser destacado na relação entre as práticas dos assistentes sociais que se pautam no Código de Ética e no projeto ético-político e o SUS. É um aspecto fundamental para o processo de construção da esfera pública para o setor à medida que indica as possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo, tão comuns no contexto da cultura política nacional [...]. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 225).

Com o novo arcabouço legal, concretizado na implantação do SUS, a relação com o usuário e a comunidade foi redimensionada, pois,

[...] os determinantes da saúde têm que ser considerados na execução das políticas, e em que a população não é mais culpabilizada pela sua doença e passa a ser sujeito do processo de promoção da saúde, exige-se uma permanente articulação com a população e com as organizações da comunidade para a consolidação de um modelo voltado para a qualidade de vida. O assistente social, que sempre foi um dos profissionais responsáveis por essa articulação, passa a ser peça importante para a implementação desse novo modelo. É nesse contexto que sua prática na Saúde se renova. (CORREIA, 2005, p. 238).

Contribuiu para a ampliação do mercado de trabalho na saúde o processo de municipalização iniciado a partir do novo modelo de gestão da política de saúde, norteado pelo princípio da descentralização político administrativa. A municipalização requisitou dos municípios a contratação de diversos profissionais para atuarem nos serviços locais de saúde.

Ampliou-se o número de Assistentes Sociais na saúde, explicado também pelo fato de que na área “[...] não ocorre uma redução da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são extintos em função dos novos.” (COSTA, 2006, p. 308). Complementa a autora, que o aumento do mercado de trabalho na saúde se realiza por meio da extensão

das subunidades de serviços que atendem ao cuidado em saúde, como através de uma maior divisão sociotécnica do trabalho.

Ao examinar o processo de organização do SUS na cidade de Natal, localizada no Rio Grande do Norte, Costa (2006), também verificou uma ampliação do mercado de trabalho dos Assistentes Sociais. Mas, sua principal constatação se refere as atuais contradições presentes no processo de reorganização do SUS, as quais se constituem como as maiores demandas ao Serviço Social. Pois, ocorre que,

[...] as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização dos serviços. Nesse sentido, ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil. (COSTA, 2006, p. 315).

A atuação do Serviço Social nesta área encontrou-se exatamente nas contradições do SUS, através, por exemplo, da exclusão no acesso, na precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a burocratização em excesso e a ênfase na assistência médica curativa e individual. “É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.” (PACHECO, 2007, s/p.).

O exposto acima se concretiza, por exemplo, quando este profissional realiza encaminhamentos e procedimentos que requerem do Sistema o cumprimento de princípios como da universalidade, da integralidade e da participação da comunidade. Fatos como estes ocorrem, muitas vezes, quando o Assistente Social está inserido unicamente na execução da política e não no processo de gestão e planejamento.

Costa (2006) identificou mais, as próprias tensões do Sistema resultaram para os Assistentes Sociais uma ampliação e um redimensionamento de suas ações e qualificações técnicas e políticas. Concentrando as atividades, aqui resumidas, em torno de: *ações de caráter emergencial assistencial*, constituem emergências sociais que interferem no processo saúde-doença, bem como no acesso as ações e serviços de saúde; *educação, informação e comunicação em saúde*, são as atividades de orientação e abordagens individuais ou grupais ao usuário, família e à

coletividade a fim de esclarecer e buscar soluções sobre problemáticas que envolvam a colaboração dos usuários na solução de problemas de saúde; *planejamento e assessoria*, ações voltadas para a reorganização do trabalho no SUS; e por fim, *mobilização e participação social*, com caráter político-organizativo e sócio-educativo são as ações educativas, de sensibilização e articulação da comunidade para convocar usuários e trabalhadores do SUS à participação nos espaços de controle social. (COSTA, 2006, p. 315- 316, grifos nossos).

Neste sentido, a intervenção no âmbito municipal adquiriu novas funções, como exemplo a participação no processo de gestão; a atuação nos conselhos de saúde; e a formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política. A categoria passou a compor o conjunto de profissões necessárias para a identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde-doença. São ações distantes das velhas funções rotineiras e burocratizadas que estavam restritas à execução de ações dependentes do saber médico. (PACHECO, 2007).

O cenário da ação do Assistente Social se revelava relacionado a uma prática educativa vinculada ao direito à informação, o qual perpassa por todas as atividades diariamente desenvolvidas por este profissional nos serviços de saúde. A informação faz-se um instrumento básico para o desenvolvimento de uma intervenção ancorada nos princípios do SUS, podendo o Assistente Social colaborar na concretização desse direito por meio de sua relação diária com os usuários e a comunidade<sup>18</sup>. (CORREIA, 2005, p. 239).

Com isso, demonstra-se a reformulação das ações do Serviço Social na área da saúde pública, voltadas agora para a promoção da saúde, ancoradas nos princípios do SUS<sup>19</sup> e nas diretrizes do Código de Ética de 1993. Mas também, ancoradas no conhecimento de portarias, normas de funcionamento das unidades e setores de atuação, de programas em nível federal, estadual e municipal, enfim, da

---

<sup>18</sup> Há uma intercessão compartilhada entre o trabalhador da saúde e o cidadão usuário dos serviços, uma vez que este último não é somente um consumidor, mas um co-participante do processo de trabalho em saúde. Pois, as informações sobre seu estado de saúde são dependentes do próprio usuário, bem como, o cumprimento de todos os cuidados e recomendações prescritas. (COSTA, 2006, p. 309). Porém, não se pode deixar de considerar que os cuidados em saúde dependem também das informações e condições fornecidas ao usuário, por exemplo, para que o mesmo tome o remédio prescrito é preciso ter condições econômicas de adquiri-lo. Esta consideração se faz importante para que o usuário não seja responsabilizado isoladamente por sua condição de saúde.

<sup>19</sup> Os princípios do SUS estão definidos no Art. 7º da Lei nº 8.080/1990, podendo ser assim resumidos: universalidade; integralidade; defesa da integridade dos usuários; igualdade de atendimento; direito à informação sobre a saúde; divulgação de informações quanto aos serviços de saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração; resolução.

gama que regula e normatiza a política pública de saúde. Segundo Costa (2006, p. 324), ainda é preciso dispor de conhecimento acerca de horários de atendimento dos estabelecimentos de saúde, conhecimento sobre setores, serviços e profissionais disponíveis. Isto, porque diante do redimensionamento das ações nesta área o Assistente Social passa a ser o profissional a quem a população recorre na busca de orientações e encaminhamentos dos mais diversos serviços.

Cabe aqui abrir parênteses para colocar que no caso específico de profissionais atuantes em áreas de fronteira, para além dos conhecimentos supramencionados, existe a necessidade do conhecimento de tratativas internacionais, acordos bilaterais, relatórios de grupos binacionais, e documentos formais referentes aos encaminhamentos sobre o atendimento da população de fronteira. Por hora volta-se a tratar das ações do Assistente Social na promoção da saúde.

A promoção da saúde passa a ser um espaço privilegiado para a atuação deste profissional, tendo em vista comportar ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento de problemas que contribuem para a situação de saúde da população, tais como meio ambiente, desemprego, moradia, segurança alimentar e nutricional e outros.

A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde -, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 746).

Por tudo isso, entende-se inquestionável a relevância do trabalho dos Assistentes Sociais para a consolidação do SUS. Igualmente, não há dúvida de que as ações realizadas por estes profissionais necessitam estar ancoradas no conhecimento sobre o funcionamento da instituição ou unidade de trabalho e de toda a rede do SUS. Da mesma forma, sobre a dinâmica e a capacidade de atendimento



de outras instituições, sejam elas públicas ou privadas, que atendam as necessidades da população através das mais variadas políticas setoriais. (COSTA, 2006, p. 340).

O trabalho que o Assistente Social objetiva na saúde estabelece um elo entre os níveis de prestação de serviços, e entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais; considerando que este elo é muitas vezes quebrado pela burocratização das ações. (COSTA, 2006, p. 341).

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 218 de 06 de março do ano citado, reconheceu treze profissões de nível superior como sendo *profissionais de saúde*, dentre estes os Assistentes Sociais<sup>20</sup>. O reconhecimento deu-se, entre outros motivos, considerando a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde, assim, como a admissão de ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior como constituintes de um avanço no que alude à concepção de saúde e à integralidade da atenção. (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 1997).

A partir da resolução do CNS o CFESS, pautado também no conceito de saúde presente na Constituição de 1988, e no compromisso ético-político manifesto no Código de Ética da profissão, reafirma o Assistente Social como profissional de saúde, através da Resolução nº 338 de 1999.

Com base nos relatórios do II Encontro Estadual de Assistentes Sociais da Secretaria de Estado da Saúde Pública/RN-SSAP/PN, Costa (2006, p. 305), assegura que em nível nacional e local, os Assistentes Sociais são a quarta categoria de nível superior na composição das equipes de saúde, atrás apenas de Médicos, Dentistas e Enfermeiros.

A expressiva inserção de Assistentes Sociais na saúde e as práticas do SUS, revelam a superação de um processo de trabalho presente até os anos de 1970, no qual os profissionais atuavam isolados. Atualmente, aponta-se para o nascimento de um conjunto de práticas, com novas ocupações resultantes da ampliação, complexificação e re-divisão dos tradicionais ofícios na saúde. (COSTA, 2006, p. 342).

---

<sup>20</sup> Juntamente com os Assistentes Sociais a Resolução CNS nº 218/1997 definiu como profissional de saúde os Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais. (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 1997).

É preciso esclarecer que o salto qualitativo a partir da década de 1990, não representou o alcance de um modelo ideal de intervenção no setor ou a realização de ações decisivamente distantes das práticas conservadoras. Estas continuam sendo demandas apresentadas para o Serviço Social. Portanto, não se trata da total superação das práticas passadas na saúde.

Há um novo modelo concentrado na ampliação do conceito de saúde, considerando os determinantes sociais<sup>21</sup> do processo saúde-doença. Todavia, o projeto privatista permanece em cenário, incitando práticas seletivas, a diminuição de recursos públicos para o setor e a responsabilização do indivíduo pela sua saúde. Ademais, o centralismo persistente sobre o modelo médico, concentrado no curativo, secundariza e desqualifica as ações realizadas no campo educativo, informativo e de comunicação em saúde.

[...] a efetiva subordinação da profissão na área se dá em função dos objetivos prioritários da saúde pública ainda centrada em um modelo assistencial curativista individual, no qual as próprias contradições e precariedades do sistema são vistas de forma marginal e secundárias nas práticas em saúde, bem como revela a sua indiferença em relação à realidade de desigualdades sociais a qual está submetida a maioria da população usuária do SUS e a incapacidade do sistema de saúde, em atuar considerando as reais necessidades dessa população. (COSTA, 2006, p. 350).

Por fim, este é o cenário no qual se encontram os Assistentes Sociais da área da saúde, no contato direto com a população, assumindo o desafio contemporâneo de reconstruírem alternativas e possibilidades para a sua intervenção no cenário atual. Bem como, traçar horizontes para a formulação de projetos de enfrentamento da “questão social”, solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos atuantes na preservação e conquista da vida, da sua humanidade. (IAMAMOTO, 2001, p. 75).

---

<sup>21</sup> Determinantes sociais da saúde são elementos de ordem econômico-social que afetam a situação de saúde da população, tais como renda, educação, condições de habitação e saneamento, trabalho, transporte, meio ambiente e outros. Em 2006, foi criada, através do Decreto presidencial de 13 de março, a *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde* (CNDSS) objetivando propor políticas eficientes baseadas em pesquisas da realidade para combater essas desigualdades e mobilizar a sociedade, além de, colocar os determinantes sociais da saúde na pauta das políticas sociais. (LOPES, 2006, p. 11). A CNDSS elaborou um relatório final avaliando a saúde do país e fazendo recomendações de ações intersetoriais para o enfrentamento das iniquidades. O documento, intitulado *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*, foi oficialmente entregue em 01 de agosto de 2008, ao Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em cerimônia realizada na FIOCRUZ-RJ. Disponível em: < <http://www.determinantes.fiocruz.br/> >. Acesso em agosto de 2008.

Os Assistentes Sociais, com o papel assumido na saúde, têm ao mesmo tempo o desafio de despertar e fomentar o debate sobre as necessidades de saúde da população na perspectiva de garantia e ampliação de direitos. Competência favorecida a este profissional também na medida em que atua diretamente com a população usuária dos serviços do SUS.

Na percepção de Dal Prá (2006, p. 31), o exercício profissional desenvolvido pelos Assistentes Sociais na região de fronteira torna ainda mais complexo esse compromisso. Argumentando que, na maioria das vezes, este profissional é um dos únicos a ter contato direto com os usuários identificando as dificuldades e a situação da população fronteiriça. Assim, os Assistentes Sociais têm a possibilidade de mediar a relação entre esta população e o sistema de saúde, e a visibilidade pública da questão de estrangeiro usuário do SUS sem acesso às garantias legais ao direito à saúde. Discussão iniciada a partir da seção 2.

A partir dos pontos levantados entende-se contemplada a discussão no que concerne a retomada histórica, da inserção da categoria na área da saúde, bem como, da atual direção da sua intervenção no âmbito da saúde coletiva. Feito isso, parte-se para a caracterização do cenário de atuação dos Assistentes Sociais sujeitos desta pesquisa.

## 2 ELEMENTOS DETERMINANTES DA AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM FRONTEIRAS

As fronteiras brasileiras com países do Mercosul<sup>22</sup> são territórios de constante circulação de mercadorias, serviços e pessoas, com reflexo também na área da saúde, conforme aponta a autora abaixo,

Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social diferentes; e a intensificação de fluxos de produtos, serviços e pessoas, decorrentes da integração, gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades fronteiriças exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões. (GIOVANELLA, 2007b, p. 09).

Tomando a reflexão supracitada e considerando o espaço fronteiriço como rico em diversidade; repleto de conflitos sociais; com uma dinâmica histórica própria e experiências concretas renovadas constantemente; é que se concebe necessária a atenção sobre as questões da fronteira envolvidas com a legitimidade dos direitos sociais e conseqüentemente com as ações profissionais dos Assistentes Sociais, já que estes aparecem como profissionais atuantes na viabilização de direitos de cidadania.

Esta seção é apresentada visando caracterizar a fronteira do Brasil com o Paraguai por intermédio de alguns dos pontos de semelhança e de divergência em relação a outras regiões de fronteira. Bem como, demarca o contexto em que as ações profissionais dos Assistentes Sociais se realizam, evidenciando os processos sociais peculiares aos municípios fronteiriços.

---

<sup>22</sup> Em 26 de março de 1991, na capital paraguaia Assunção, as Repúblicas da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai, assinaram o Tratado de Assunção, criando o Mercado Comum do Sul (Mercosul). Bloco econômico sul-americano baseado no Mercado Comum Europeu foi implantado objetivando consolidar a integração política, econômica e social entre os países membros. Conta também com países associados, são eles: Bolívia e Chile associados em 1996, Peru em 2003, Colômbia e Equador em 2004. E mais, o México encontra-se em status de estado observador. Atualmente, a Venezuela encontra-se em processo de adesão para membro pleno, sendo o seu ingresso formalizado em julho de 2006, na capital venezuelana Caracas, mas ainda é necessário vigorar o *Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao Mercosul*. Dados disponíveis em: <<http://www.mercosul.gov.br>>. Acesso em junho de 2008.

## 2.1 AS DISTINTAS COMPREENSÕES ACERCA DA FRONTEIRA

O debate acerca da *fronteira* é outro eixo referencial deste estudo, por impactar diretamente as ações profissionais realizadas nestes espaços, necessitando, portanto, de uma definição que contemple suas características peculiares.

Na atualidade é vasto o número de publicações concernentes a esta questão, com diversas classificações de tipos de fronteira<sup>23</sup> demonstrando a amplitude da discussão, pois, esta evoca uma multiplicidade de sentidos. Porém, tomando como pauta os objetivos desta Dissertação, a proposta para o debate sumário deste conceito é sob apenas duas perspectivas: a fronteira entendida como um limite, uma barreira física; e esta, enquanto uma integração, no sentido de um efetivo intercâmbio internacional<sup>24</sup>.

Fronteira é um conceito surgido da Geografia, que no decorrer do século XX adquiriu caráter de transição e dinamismo. Etimologicamente é derivada do latim *fronteria*, ou *frontaria*, indicando a parte do território localizada *in fronte*, ou seja, nas margens. (RADDATZ, 2004, p. 03).

O surgimento desta palavra na maioria das línguas européias, deu-se entre os séculos XIII e XV. Mas, esta a princípio não se aplicava a uma *linha* e sim a uma *área*, de modo que a fronteira surgiu para definir uma área separada e não de contato. (STEIMAN; MACHADO, 2002, p. 04).

Já, a concepção de uma fronteira precisamente delimitada e demarcada se deu com o advento do Estado Moderno, tendo em vista que este necessitou demarcar as bases de sua soberania territorial. Esta é a concepção moderna de fronteira como um limite dos estados nacionais. Conforme explicam as autoras Steiman; Machado,

Teria sido a necessidade de ajustar as relações entre os Estados ao crescimento do comércio mundial o motivo principal para a demarcação exata dos territórios. A segunda razão apontada por Globet (1934) é que somente no século XIX os Estados se tornaram

---

<sup>23</sup> Sobre as classificações tipológicas de fronteira consultar a literatura de Geopolítica.

<sup>24</sup> Para uma discussão pormenorizada sobre o conceito fronteira na sua relação com a saúde e com o Mercosul, indica-se o trabalho de Silva (2006).

suficientemente organizados e capazes de garantir a definição de suas áreas de jurisdição. (STEIMAN; MACHADO, 2002, p. 06).

Sobre a divisão do continente europeu, no contexto da Primeira Guerra Mundial<sup>25</sup>, Holdich entendia que “[...] a melhor maneira de preservar a paz entre as nações seria dividi-las com a mais forte e definitiva barreira física que pudesse ser encontrada, geralmente as cadeias montanhosas.” (1916 apud STEIMAN; MACHADO, 2002, p. 01).

Em contraposição, Lyde compreendia que,

O limite político ideal seria uma feição natural que efetivamente encorajasse um intercâmbio internacional pacífico, papel que seria desempenhado vantajosamente pelos rios que, por reunir os habitantes de suas bacias, ofereceriam o máximo de possibilidades de associações pacíficas. (1915 apud STEIMAN; MACHADO, 2002, p. 01).

Nas passagens acima, de Holdich e Lyde, nota-se claramente a diferença de entendimento acerca do que seja a fronteira e de qual a sua função. Na primeira compreensão, a fronteira é demarcada visando a plena separação dos espaços envolvidos, por vezes por se tratar de um país ou de uma região menos desenvolvida do que a outra, como no caso chinês de construção de rígidas muralhas, analisado por Lattimore como um desejo de exclusão dos demais.

[...] um desejo de exclusão de povos que eles consideravam bárbaros e não desejavam absorver. Transportar a fronteira não implicava apenas dominar esses povos bárbaros mas dominar o espaço das estepes e da atividade pastoril, uma estrutura considerada, sob todos os aspectos, inferior à chinesa. (1937 apud STEIMAN; MACHADO, 2002, p. 03).

Há também a percepção de que a demarcação de limites geográficos é uma necessidade enquanto um mecanismo que assegura os países contra os perigos do caos. E ainda, que os limites internacionais permanecem indicando as diferenças legais como o princípio da identidade territorial, e a *separação entre nacionais e não-nacionais* por meio de *impedimentos* jurídicos, políticos e ideológicos. (RAFFESTIN, 1993 apud STEIMAN; MACHADO, 2002, p. 07, grifos nossos). São exatamente compreensões como a de Raffestin, que criam impasses para a criação de um

---

<sup>25</sup> A Primeira Guerra Mundial aconteceu no período de 1914 a 1918.

sistema de proteção social integrado nas regiões de fronteira, garantidor da concretude dos direitos sociais para além de barreiras físicas.

Sobre o citado conceito se pode dizer ainda que, existe uma situação de estranheza para com o que não é nacional, demonstrado na fala de Raddatz ao tratar da identidade cultura da fronteira,

Sempre que se cruza a fronteira é preciso guiar-se pela lei de outro território, obedecer às normas nele vigentes. É ingressar num universo que não é o seu nem o costumeiro. [...] A fronteira é quase sempre olhada como um obstáculo até que se atinja o lado de lá. Ela, às vezes, guarda a marca da guerra e inibe o visitante. Ma ela também pode ser a fuga, o paraíso e o descanso, quem sabe a liberdade. Numa fração de segundos pode também deixar de existir por força de um protocolo, mas não ideologicamente. (RADDATZ, 2004, p. 03).

Mas, contrapondo-se a conceituação de fronteira enquanto um limite tem-se uma segunda compreensão, na qual a mesma deixa de ser tomada apenas do ponto de vista dos interesses do Estado central e passa também a ser concebida pelas comunidades de fronteira, no âmbito subnacional. O desejo e a possibilidade real de comunidades locais estenderem sua influência e reforçarem sua centralidade além dos limites internacionais e sobre a faixa de fronteira, estaria ampliando e renovando os conceitos clássicos de limite e de fronteira. (MACHADO, 1998).

Porém, acentua Machado (1998, p. 42), embora a fronteira seja orientada “para fora”, indicando uma zona de integração, ela é por vezes tomada como uma ameaça ou perigo, pois, é vislumbrada a possibilidade de que nela se desenvolvam outros interesses que não os do governo central. Por isso, a fronteira é objeto de constantes preocupações dos Estados na busca por manter o controle e a vinculação.

Diante do entendimento da fronteira como uma ameaça, este conceito perde o seu aspecto dinâmico para um aspecto de recusa daquilo ou aquele que não pertence ao território nacional.

Também por este fato, a atuação do Estado neste espaço, quando se trata de impor o controle estatal, é norteadada pelo conceito de limite, de separação. A fronteira foi vista, ao longo do tempo, como um lugar privilegiado para a imposição das forças do Estado na defesa da soberania nacional. Nesse sentido, ações de iniciativas

locais são recebidas pelo poder central com suspeitas, pois, este poder quer impor sua lei e ordem em toda a sua extensão territorial. (SOUZA, 2006, p. 31-34).

Isto é, a organização política de uma nação está cingida na dimensão de seu território, portanto, a fronteira é o espaço periférico onde o Estado atua afim de que outra organização política, que venha do lado de fora do território nacional e por vezes considerada inferior, não se estabeleça. Nesta lógica, a fronteira demonstra até que limite vai a soberania territorial de um país, indicando onde termina o poder de um Estado e onde se inicia o poder de outro.

De acordo com Giovanella (2007b, p. 09), as *passagens de fronteira* se configuram enquanto áreas singulares marcadas por uma dualidade peculiar de *contato e separação*.

Com isso, percebe-se que além da ausência de uma clareza, há uma vasta diversidade de conceituações e definições acerca da fronteira. Esta indefinição coloca limites na intensificação de relações internacionais, gerando uma instabilidade nos processos de integração entre países, a exemplo do Mercosul. Assim, a dimensão social é relegada a estratégias locais de sobrevivência, formuladas por diferentes segmentos populacionais residentes nas fronteiras. (SILVA, 2006, p. 105).

Para além do exposto, as situações que afligem as faixas de fronteira são colocadas como problemas locais particulares de cada cidade ou região fronteiriça, as quais são responsáveis por encaminhar estratégias locais de resolução. Nesta perspectiva, as cidades de fronteira, ou regiões, são tomadas pela compreensão minimalistas de rotas de passagem para redes transnacionais, e não como espaços necessários e complementares para uma efetiva integração. (SILVA, 2006, p. 105).

Afirma-se a fronteira como um espaço repleto de diversidades, de pertencimento, de identificação cultural, onde se estabelecem dinâmicas próprias de sobrevivência. E, capaz de ser um agente propulsor do processo de integração internacional, ao mesmo tempo em que conserva em seus povos o sentimento de identidade nacional.

Na fronteira processos locais integram o regional com o nacional, assim é necessário olhar o espaço de fronteira e apreendê-lo no movimento histórico, tanto diacrônico (espaço) quanto sincrônico (paisagem), a fim de reconhecer concomitantemente as distintas escalas de relação entre o local, o regional, o nacional, transfronteira



e transnacional (CAMMARATA, 2006 apud GIOVANELLA, 2007b, p. 10).

De qualquer maneira, as linhas que dividem um Estado ou uma região, formando uma fronteira, são resultantes da ação histórica do homem, ou seja, um espaço de práticas sociais. E assim, estão sujeitas as diversas alterações, em vários sentidos, seja na orientação deste espaço como uma barreira ou então como um agente de integração regional.

Portanto, estudar as particularidades das regiões fronteiriças é preciso para que possamos ter subsídios para discutir sobre políticas a serem implementadas para a garantia dos direitos sociais à população de fronteira.

Dada esta breve exposição acerca do conceito fronteira, doravante apresentam-se as características da área de estudo da presente pesquisa, a fronteira do Brasil com o Paraguai, contexto no qual por vezes se fazem presentes adversidades para a efetivação de direitos.

## **2. 2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: BRASIL E PARAGUAI**

Abordar políticas de saúde exige inicialmente resgatar o conceito de *política social*. O uso deste conceito é aqui adotado como referência ao conjunto de políticas sociais existentes, assim como para designar uma política setorial específica, a exemplo da política de saúde. Compartilha-se da compreensão de Netto (2003, p. 15), acerca do entendimento das políticas sociais como respostas às demandas colocadas nos movimentos sociais por classes que se encontram vulnerabilizadas pela “questão social”, respostas estas dadas pelo Estado burguês, funcional ao capitalismo monopolista.

Nesse sentido, é através das políticas sociais que o Estado oferece respostas às pressões dos movimentos sociais, dos segmentos populacionais que são afetados pelas diversas expressões da “questão social”. É a pressão dos movimentos organizados que faz com que o Estado apresente respostas às reivindicações postas, ou seja, a existência em si da “questão social” não representa a formulação de políticas, para isso é preciso mobilização da sociedade coagindo o

Estado. Também por isso, as políticas sociais se configuram como campos de tensões, desde a sua formulação até sua implementação.

Por outro lado, sobretudo a partir dos anos de 1930, continuamente o Estado se antecipa à referida pressão, “[...] antes que a pressão tome forma organizada e mobilizadora, o Estado se antecipa estrategicamente e já oferece uma solução neutralizadora de qualquer potencial transformador contido na demanda.” (NETTO, 2003, p. 16). Atuando desta forma, o Estado intervém em dois eixos, a desarticulação dos movimentos sociais e a garantia da legitimidade social e da legitimidade da ordem estabelecida.

Nas palavras de Vieira (2007), falar em políticas é falar de estratégias governamentais e isso não somente com relação às políticas sociais, mas à econômica, fiscal, tributária, de saúde, habitacional e outras. Portanto, o Estado faz das políticas estratégias para assegurar a sua governabilidade.

Concernente aos Assistentes Sociais, estes atuam diretamente vinculados às políticas sociais. Têm como uma de suas competências a elaboração, implementação, execução e avaliação das políticas sociais, junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares (Inciso I Art. 4º da Lei de Regulamentação da Profissão, 1993). Possuindo competência teórico-metodológica para atuarem em todos os níveis e setores das políticas sociais.

No entanto, os profissionais de Serviço Social têm suas ações voltadas para a execução terminal de políticas sociais, conforme costuma assinalar Netto (2003, p. 16). Mas, há que se considerar, embora a função de executores terminais seja a prática predominante, ela não é exclusiva, tendo em vista as outras possibilidades profissionais postas e outras conquistadas pelos Assistentes Sociais. A descentralização das políticas sociais embasada no princípio da municipalização, requisita novas funções e competências da categoria, a qual é chamada para intervir também no âmbito da formulação, avaliação, planejamento e gestão de políticas, inseridos em equipes multiprofissionais. (IAMAMOTO, 2006a, p. 192).

Feitas as devidas considerações acerca do entendimento aqui presente sobre as políticas sociais, parte-se para a apresentação dos elementos centrais do modelo de saúde do Brasil e do Paraguai, bem como as suas principais diversidades.

### 2.2.1 Elementos Acerca da Política Nacional de Saúde no Brasil

No Brasil, cabe lembrar que a sociedade brasileira travou uma luta histórica nos anos de 1970 a 1980, a qual evidenciou a concepção universalista dos direitos de cidadania na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo um redimensionamento do que seja o direito à saúde.

É consenso entre os estudiosos que o direito universal à saúde, o qual fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país. A promulgação da Constituição de 1988, contemplando um conceito ampliado de saúde, e o reconhecimento dos direitos de cidadania ao acesso a cuidados e atenção à saúde, organizados por um sistema único sob responsabilidade estatal e integrante da Seguridade Social, inscreveu o Brasil entre os países que propugnam a universalização de direitos sociais. (BAHIA, 2005, p. 407).

A Constituição Federal de 1988 modificou o padrão de proteção social existente no Brasil. As políticas de saúde, assistência social e previdência social passam a compor o tripé da Seguridade Social, conforme expresso no Art. 194 da referida Carta, inaugurando uma nova cultura política no país no campo dos direitos burgueses.

A definição desta política como um direito universal de responsabilidade do Estado representou um marco na história da saúde pública brasileira, acabando com o padrão institucional dual que separava “saúde pública” e “medicina previdenciária”, além da disjunção entre proteção, promoção e assistência à saúde. Esta conquista é resultante do movimento sanitário iniciado nos anos de 1970, que contou com a participação conjunta de profissionais de saúde, dirigentes sindicais e de órgãos públicos, intelectuais, parlamentares e de representantes de diversos movimentos sociais e de base, culminando na constituição da proposta chamada de Reforma Sanitária.

O movimento sanitarista defendeu desde o início que o processo saúde-doença não poderia ser tomado apenas do ponto de vista individual que historicamente colocava a atenção sobre as partes (órgãos do corpo) adoentadas do usuário. Tendo como resultado um indivíduo recortado nas diversas especialidades da Medicina. Mas, o movimento buscava o processo saúde-doença numa

compreensão do coletivo, da distribuição geográfica da saúde e da doença, desta forma, alargando as bases de análise sobre a situação de saúde das pessoas.

O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo (liberal de matriz americana). (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 64).

O caminho para a implementação dos princípios defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária foi de forte embate à Ditadura<sup>26</sup>, de articulação com movimentos sociais e profissões identificadas com a causa, sendo que a aproximação com a Teoria Social de Marx deu vazão ao movimento na sua perspectiva ideológica.

Assim, o movimento de Reforma Sanitária representou uma bandeira de luta política pela saúde e ao mesmo tempo pelo conjunto dos direitos sociais. Isso, porque o movimento efetivava na saúde os direitos sociais pelos quais diversos segmentos da sociedade se articulavam. Em outras palavras, uma mobilização que teve o mérito de aglutinar setores e interesses que eram do conjunto da sociedade, ao lutar por um direito específico, o da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi o evento mais significativo para a efetivação da democratização da saúde no plano legal. Representou o lançamento dos princípios da Reforma Sanitária, ratificando a necessidade de um sistema de saúde que compreendesse o conceito saúde em seu sentido mais amplo, e de igual maneira que este fosse garantido pelo setor público. Fato ocorrido no plano legal por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estabeleceram sobre a organização e o funcionamento do SUS, e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, respectivamente<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Segundo os autores, o movimento sanitário, ao atuar sob forte pressão do regime ditatorial, foi se caracterizando como uma força política construída a partir da articulação de várias propostas que questionavam o regime autoritário. A fim de tornar viáveis as propostas contestatórias criou-se, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), importante vinculador das idéias do movimento. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 67).

<sup>27</sup> O sistema público de saúde do Brasil é estruturado tendo como princípios a *universalidade* do atendimento; a *integralidade* dos tratamentos; a *equidade* de acordo com as necessidades de cada usuário; a *descentralização* de ações e serviços; a *regionalização* e a *hierarquização* para que todos os municípios consigam atender as demandas; a *participação do setor privado* em caráter

A partir do exposto o processo saúde-doença passou a ser concebido como,

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. [...] Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, *a todos os habitantes do território nacional*, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1986, p. 04, grifos nossos).

Cabe fazer um parêntese para frisar que segundo o documento acima o SUS foi elaborado para todos os *habitantes do território brasileiro*, logo, os *cidadãos não residentes no Brasil*, de que estamos tratando neste estudo, não se encaixam, não possuindo o direito legal de acesso ao SUS. No entanto, na Lei Orgânica da Saúde este direito é reconhecido como fundamental ao ser humano (Art. 2º, Lei nº 8.080/1990). Assim, a compreensão donde partimos está ancorada no entendimento do direito à saúde como um direito fundamental de todo ser humano independente do território onde viva e/ou de sua nacionalidade.

Sua legalidade se reconhece e implementa a partir dos Pactos assinados entre as nações, sob a égide da Organização das Nações Unidas. O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), ratificado no Brasil em 1991, promulgado pelo Decreto Legislativo nº 592, de 1992, regula o direito à saúde, dentre outros direitos humanos, como obrigação do Estado, responsável por promover e garantir o respeito universal dos direitos e das liberdades da pessoa humana, de forma gratuita<sup>28</sup>.

A Constituição brasileira incorpora os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, constituindo o Sistema Único de Saúde que,

[...] representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como 'o estado de não doença', o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde [...] a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de

---

complementar; a *racionalização dos serviços*; a *eficácia e eficiência* a fim de eliminar gastos públicos desnecessários; e a *participação da comunidade* no exercício do controle social. (SIMÕES, 2007, p. 122-123, grifos do autor).

<sup>28</sup> Dados disponíveis em: <<http://www.acaoeducativa.org.br/opa/opa02.html>>. Acesso em julho de 2008.

bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente [...], etc. [...] há o acertado reconhecimento de que os indicadores de saúde da população devem ser tomados para medir o nível de desenvolvimento do país e o bem estar da população (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001, p. 05).

Entretanto, contra qualquer expectativa positiva, no momento de aprovação da Constituição de 1988, inscrevendo os direitos sociais pela primeira vez no país, o contexto mundial era de crise do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State). Com isso, no plano sócio-jurídico formal o Brasil estava na contramão da história, já que a ordem mundial estava indo no sentido de cortes de direitos, enquanto nós estávamos agora instituindo os nossos, de maneira tardia. (NETTO, 2000 apud MOREIRA, 2006, p 17).

Nasceu na década de 1990, uma conjuntura nada otimista para a concretização dos preceitos constitucionais. O projeto privatista de saúde se consolidou em meio a questionamentos no que tange ao projeto de Reforma Sanitária. O primeiro tem como tendências, pautado na política de *ajuste*, a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do Estado. Dentro dessa lógica, o Estado garante somente um mínimo aos que não podem pagar, enquanto que aos demais, considerados cidadãos consumidores<sup>29</sup>, a saúde é garantida pelo setor privado<sup>30</sup>. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 205-206).

Neste entendimento lamamoto (2006b, s/p.) coloca que vivemos em uma época na qual a cidadania está descaracterizada, pois, é associada ao mundo do consumo, do dinheiro, ao mundo das posses de mercadorias.

Em relação à política de saúde, nos municípios de fronteira, o movimento histórico demonstrou que não seria possível executar a política sem considerar as

---

<sup>29</sup> O tratamento de cidadãos como consumidores, é descrita por Manzine-Covre (2005, p. 72), como “cidadania esvaziada”, a qual é conveniente ao Capitalismo na medida em que o cidadão perde sua identidade com a coletividade. Segundo a autora esta compreensão de cidadania tem como consequência a formação de não-sujeitos, de não-cidadãos, de indivíduos passivos e conformados com a situação posta por esta sociedade, porque suas preocupações se voltam para o consumo, na luta incessante pelo “ter”.

<sup>30</sup> O contexto exposto apresenta diferentes requisições para o Serviço Social, pois significativa parte dos serviços sociais são transferidos como responsabilidade de distintos segmentos da sociedade, afetando diretamente o espaço de trabalho de várias categorias, dentre as quais a dos Assistentes Sociais. (IAMAMOTO, 2006, p. 189). O projeto privatista afeta os Assistentes Sociais na medida em que requisita a realização de seleção socioeconômica dos usuários; atuação psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo; e predomínio de práticas individuais. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206). Exigências que são contrárias aos princípios do Projeto Ético-Político Profissional.

especificidades locais<sup>31</sup>. Em resposta a isto o Ministério da Saúde atendeu a reivindicação dos municípios fronteiriços e elaborou o *Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras* (SIS-Fronteiras). O *Pacto pela Saúde* foi outro dispositivo regulador do sistema nacional de saúde, sendo mencionado diretamente a atuação e recursos para municípios fronteiriços.

O primeiro foi instituído formalmente em julho de 2005, através da Portaria GM 1.120 e lançado oficialmente em Uruguaiana-RS, sob responsabilidade da Secretaria-Executiva do Ministério.

O SIS-Fronteiras visa apoiar financeiramente as 121 (cento e vinte e uma) cidades fronteiriças, definidas como público-alvo deste projeto, abrangendo fronteiras de Norte a Sul do Brasil. Objetiva promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. Também se caracteriza como uma estratégia para uma futura integração entre os países da América do Sul.

Seu projeto compreende três fases a serem realizadas em cada município alvo. Sendo que a Fase I é de realização do diagnóstico local de saúde qualitativo e elaboração do plano operacional; a Fase II de qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da Rede de Saúde nos municípios fronteiriços; e finalmente a Fase III é de implantação de serviços e ações nesses municípios<sup>32</sup>.

Em relação às cidades brasileiras da faixa de Guaíra-PR a Santa Helena-PR, segundo as profissionais entrevistadas, se encontram na elaboração da Fase II do SIS-Fronteiras, mas ainda sem impactos consideráveis nesta região.

O segundo foi aprovado em 2006, visando favorecer a relação do SUS com a realidade existente no Brasil, considerando as diversas especificidades regionais. O objetivo reside em fortalecer os espaços e mecanismos de controle social, possibilitando o acesso da população a atenção integral à saúde; redefinir os

---

<sup>31</sup> Acerca das pesquisas sobre o campo social do Mercosul, Cetolin (2006, p. 63), coloca que ainda são escassos os estudos voltados para mensurar o impacto da implantação do Mercosul, em especial, na área da saúde. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de que dados atualizados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, gerados a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional e internacional, são praticamente inexistentes. Sobre isso, no ano de 2007, a pesquisadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira iniciou o desenvolvimento de uma pesquisa abordando a compreensão dos usuários do SUS sobre o direito à saúde na fronteira Mercosul. A pesquisa intitulada "Direito à Saúde: concepções da população residente na Linha da Fronteira Mercosul" conta com apoio financeiro do CNPq. A autora desta dissertação fez parte da pesquisa mencionada, juntamente com a equipe de pesquisadores de campo da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, através da aplicação de cinquenta e dois questionários, em dezembro de 2007, aos usuários do SUS da cidade fronteiriça de Guaíra-PR.

<sup>32</sup> Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sisfronteiras>>. Acesso em outubro de 2007.

instrumentos de regulação, de programação e avaliação; valorizar as funções de cooperação técnica entre os gestores; e sugerir um financiamento tripartite, definindo iguais critérios para as transferências fundo a fundo. (BRASIL, 2006b).

O documento coloca três frentes de atuação, dividido em *Pacto pela Vida*, *Pacto em Defesa do SUS* e *Pacto de Gestão*. Este último Pacto engloba o aspecto da descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e envolvimento dos gestores.

O *Pacto de Gestão* orienta quanto a elaboração de instrumentos de planejamento da regionalização, incluindo a formação de *Regiões de Saúde*, nas quais se encaixam as *Regiões Fronteiriças*, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos, tendo como meta a diminuição da iniquidades sociais (BRASIL, 2006b).

No entanto, em relação a implementação deste Pacto nos municípios pesquisados não identificou-se nas entrevistas menção ao mesmo e nem observações que demonstrassem a execução do Pacto ou o conhecimento acerca deste naquelas cidades de fronteira. Assim, trata-se de um documento ainda não materializado na região estudada.

Concluindo o breve resgate sobre a política de saúde no Brasil, é necessário demarcar que no Brasil, a forma atual de organização do sistema de saúde brasileiro, por um lado, atende reivindicações históricas do Movimento Sanitário - universalização, descentralização, participação da comunidade – mas por outro, ainda não supera algumas contradições existentes. Das quais são exemplo as demandas reprimidas, a precarização dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase médica curativa individual. (COSTA, 2006, p. 310-311).

Assim sendo, pode-se dizer que o SUS como marco legal e normativo da política de saúde no Brasil, representou um real avanço em todos os âmbitos envolvidos com o direito à saúde. No entanto, há um longo percurso a trilhar para a efetiva superação de práticas tradicionais e conservadoras, historicamente presente no setor saúde, sobretudo as que aludem a predominância do modelo médico-hegemônico, o qual tem enfoque em ações curativas e individuais, restritas ao controle de doenças.



Na seqüência apresentam-se outras características gerais da Política paraguaia de Saúde.

### **2.2.2 Elementos Acerca da Política Nacional de Saúde no Paraguai**

No país vizinho, a Constituição Nacional, em vigência desde 1992, estabelece em seu Art. 68, no que alude ao direito à saúde que, “El Estado protegera y promovera la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”. E mais, “Nadie sera privado de asistencia publica para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro em los casos de catástrofe y de accidentes”. (PARAGUAI, 1992).

A Constituição paraguaia determina também, em seu Art. 95, sobre o funcionamento do sistema de seguridade social,

El sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia será establecido por la ley. Se promoverá su extensión a todos los sectores de la población.  
Los servicios del sistema de seguridad podrán ser públicos, privados o mixtos y em todos los casos estarán supervisados por el Estado.  
Los recursos financieros de los seguros sociales no serán desviados de sus fines específicos y; estarán disponibles para este objetivo, sin perjuicio de las inversiones lucrativas que puedan acrecentar su patrimonio. (PARAGUAI, 1992).

No texto constitucional supracitado, identificam-se duas importantes questões. A primeira, a saúde é colocada como um direito fundamental, sendo direito de todos os cidadãos acessarem os serviços de saúde, mas, a assistência pública garantida para todos é aquela que se relaciona a questão emergencial, de conseqüências mais trágicas. Desta maneira, se entende os serviços de saúde paraguaios mais vinculados ao tratamento e a recuperação de doenças, do que a ações preventivas, e isso compromete o próprio entendimento do que seja a saúde, recaindo para a superada definição de uma mera ausência de doenças. A segunda questão a identificar, é a abertura que a Constituição faz para que o setor privado atue no âmbito da seguridade social.

Os déficits de saúde no Paraguai refletem a situação de extrema pobreza da população, tendo em vista que cerca de 2.233.000 (dois milhões, duzentos e trinta e três mil) paraguaios vivem em condições de pobreza, o que representa 39,2%, sendo que na área rural a pobreza alcança 40,1% de seus habitantes (VOUGA, 2006, s/p.). Cabe lembrar que a faixa de fronteira paraguaia com o Brasil compreende vastas áreas rurais, onde a pobreza se faz mais presente, as quais estão mais afastadas dos grandes centros concentradores dos serviços de saúde especializados.

A população sem acesso à rede de saúde do Paraguai soma 40% e somente 26% das comunidades indígenas contam com um centro ou um posto de saúde (VOUGA 2006).

García (2007, p. 180), apresenta indicadores de saúde que reforçam a carência do sistema de saúde paraguaio, tal como, o fato de que somente 17% da população mais pobre realizaram consulta médica em caso de adoecimento ou acidente, e menos de 12% receberam medicamentos gratuitos. Para os mais ricos estes indicadores são de 63,5% e 78,7%, respectivamente.

E ainda cabe mencionar que menos de 20% da população paraguaia tem algum tipo de seguro de saúde, seja privado ou público, e entre a população mais pobre os que têm algum seguro representam 2,2% (GARCÍA, 2007).

Diante do cenário adverso, de baixa cobertura e eficácia dos serviços públicos, aliado à situação de pobreza e ausência de educação sanitária, o Plano de Governo paraguaio não sinaliza para uma firme atuação estatal. Mas sim, aponta para a “necesidad de focalizar acciones tendientes a facilitar la integración social y superar las diversas formas de discriminación hacia grupos vulnerables (mujeres, niños, jóvenes, adultos/as mayores, indígenas y personas discapacitadas)”. (PARAGUAI, Plano de Gobierno, 1999, p. 29).

Nessa perspectiva, é elaborado um plano de reforma para a área da saúde, iniciado por meio da promulgação da Lei nº 1.032/1996. A mesma criou o Sistema Nacional de Saúde, órgão regulado pelo Ministério de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), objetivando “[...] distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales em el sector salud a través de acciones concertadas y participativas.” (Art. 2º). A operacionalização deste Sistema, tal como a seguridade social, também não é colocada legalmente como responsabilidade exclusiva do Estado do Paraguai, mas sim que a oferta de serviços de saúde seja realizada por

setores públicos, privados ou mistos, por seguros de saúde e por universidades. (Art. 4º).

O modelo de saúde do Paraguai contempla princípios presentes também no sistema brasileiro, tais como o da equidade, da qualidade e da participação social. E a organização do Sistema se realiza de modo a estender a cobertura da oferta dos serviços de saúde, facilitando a acessibilidade. A realização desta extensão se faz importante para o país vizinho, considerando a grande faixa populacional residente na fronteira, em municípios que estão afastados dos centros, onde se concentram a maior oferta de ações e serviços de saúde.

A Política Nacional de Saúde do Paraguai é de responsabilidade do MSPyBS, instituição que integra o Consejo Nacional de Salud Reproductiva del Gobierno de Paraguay (GOP), formado por membros do setor público e privado, assim como por organismos externos de cooperação. Estes são os órgãos responsáveis por garantir que os recursos da saúde cheguem a seus destinos e cumpram os objetivos propostos.

O Sistema paraguaio de saúde tem como principais agentes de cooperação o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial, agências internacionais financiadoras de projetos na área da saúde, executados conforme as diretrizes determinadas pelas mesmas. O foco das ações são os grupos e/ou regiões onde se encontram a população mais vulnerabilizada, em parte atreladas ainda à atenção primária em saúde. Estes projetos possuem mecanismos regulares de avaliação de resultados e de fiscalização. (OIT, 2004, p. 49-50).

Outro fator importante para o entendimento da política de saúde do Paraguai é a descentralização prevista com o plano de reforma. Esta se refere à responsabilidade e à execução dos serviços, ocultando a pretendida desconcentração das atividades do âmbito do Estado. Isto representa programas executados de forma focalizada e seletiva ao segmento populacional mais pobre, como resultado do desenvolvimento de projetos comandados pelo Banco Mundial.

El MSPyBS ha iniciado un proceso de desconcentración administrativa en las Regiones Sanitarias. Las gobernaciones departamentales han constituido las Secretarías de Salud y han conformado los consejos Regionales de Salud, manejando los planes departamentales de salud y la política sanitaria en el departamento (equivalente a provincias o estados en los sistemas federales). Los distritos por su parte, acorde a la ley 1.032, han conformado los

consejos distritales y administran recursos en forma descentralizada de los niveles centrales y departamentales. La principal dificultad que se presenta en la descentralización de la Gestión es que es un proceso muy lento desde el punto de vista político-financiero y los consejos de salud conformados son muy débiles para hacerse cargo totalmente de su región (GALVÁN, 2007, p. 03).

Em referencia à política de saúde nos municípios de fronteira não identificamos nenhuma ação do MSPyBS para trabalhar com as iniquidades em saúde existentes nestes municípios periféricos, que por estarem longe dos grandes centros colocam a população em risco de vida.

Considerando que a concretude do direito à saúde como responsabilidade estatal depende da existência de um Estado democrático, é oportuno fazer algumas considerações, mesmo que sumárias, sobre as democracias no Brasil e no Paraguai.

A Carta Magna brasileira afirma em seu Art. 1º que a República Federativa do Brasil se constitui em um Estado Democrático de Direito. A este respeito, a Constituição Nacional do Paraguai estabelece,

Se constituye en Estado social de derecho, unitario, indivisible, y descentralizado. Adopta para su gobierno la democracia representativa, participativa y pluralista, fundada en el reconocimiento de la dignidad humana. (PARAGUAI, 1992, Art. 1º).

Na compreensão de Vieira (2007), os Estados latino-americanos vivenciam, “[...] a quase predominância do estado de direito democrático. O que quer dizer que está ocorrendo, no *campo jurídico-político*, a prevalência da democracia formal.” O autor complementa, “Estados de direito democrático, ou se quiser, essas democracias formais, estão instalados em sociedades muito pouco democráticas.” Alertando para esta situação que constitui sério risco à democracia, pois, o que garante a continuidade dos Estados de Direito são as sociedades democráticas. (2007, p. 103-104, grifos do autor).

Brasil e Paraguai comungam no enfrentamento de dificuldades quanto à concretização de seus preceitos constitucionais, em grande medida devido aos efeitos dos *ajustes estruturais*, conforme acentua Simionatto,

Tanto no Paraguai quanto no Brasil, a política de atenção à saúde é teoricamente universal, [...] na prática concreta, vem sendo cada vez

mais comprometida pela diminuição do papel do Estado segundo as necessidades requeridas pelo ajuste e pelas orientações do Banco Mundial, centradas na descentralização, na focalização e, principalmente, na ampliação do setor privado na área. (SIMIONATTO, 2000, p. 06).

Ao refletir sobre as políticas de saúde nos dois países, concorda-se com Simionatto (2000) ao enfatizar a perda de direitos que vem sendo operada por meio de reformas. Pois, tanto no Brasil como no Paraguai, as reformas e as emendas constitucionais vêm na forma de uma “revolução silenciosa”, acabando com as conquistas sociais inscritas nas Cartas Constitucionais, por intermédio da luta de trabalhadores. (SIMIONATTO, 2000, p. 15, grifos da autora).

Com isso, ocorre o deslocamento da satisfação de necessidades da esfera pública para a esfera privada, em prejuízo das históricas conquistas sociais e políticas da coletividade. Em conformidade com o exposto por Iamamoto,

*É exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos que está sendo desmontado nos governos de orientação neoliberal, em uma nítida regressão da cidadania que tende a ser reduzida às suas dimensões civil e política, erodindo a cidadania social. [...] Esse processo expressa-se numa dupla via: de um lado, na transferência de responsabilidades governamentais para “organizações da sociedade civil de interesse público” e, de outro, em uma crescente mercantilização do atendimento às necessidades sociais, o que é evidenciado no campo da saúde, da educação, entre outros. (IAMAMOTO, 2006, p. 189-190, grifos da autora).*

A saúde é uma área especialmente atingida por intermédio da privatização e da mercantilização, pois a saúde se tornou uma mercadoria altamente rentável. No caso brasileiro, o processo de desmantelamento da saúde pública promovida pelo Estado, sobretudo nos anos de 1990, levou uma parcela da população a migrar para os serviços de saúde privados, com o que se adensou consideravelmente o setor privado no país. (MOREIRA, 2006, p. 19).

Desta maneira, tem-se por um lado um país que conquistou no plano formal um amparo para a constituição de um sistema público de saúde destinado ao conjunto da população, com ações integradas que permitem trabalhar a saúde juntamente com as demais políticas sociais. E por outro lado, temos um país que está construindo a sua política de saúde ainda sob aspectos estritamente curativos.

A partir da apresentação dos principais elementos das políticas públicas de saúde do Brasil e do Paraguai, podemos retornar expressando que o direito à saúde como responsabilidade do Estado, está de fato reconhecido formalmente nas Constituições de ambos os países. Todavia, isto não demonstra a ausência da diversidade quanto à atenção às demandas de saúde e nem que estes países não tenham dificuldades para a concretização de seus preceitos constitucionais.

Com isso, pode-se colocar que Brasil e Paraguai possuem diferenças que “[...] repousam não apenas no acesso aos serviços e ações nas políticas públicas, mas igualmente na qualidade de vida da população.” (SIMIONATTO, 2007, p 15). As diferenças em saúde perpassam por vários âmbitos, por exemplo, no número de trabalhadores de ambos os países. Enquanto o Brasil possui cerca de 2.180.598 (dois milhões, cento e oitenta mil, quinhentos e noventa e oito) postos de trabalho neste setor; o país vizinho possui 19.376 (dezenove mil, trezentos e setenta e seis) trabalhadores em saúde. (BRASIL, 2006a, p. 07).

### **2.3 O CENÁRIO DA FRONTEIRA BRASIL-PARAGUAI**

É nítida a diferença cultural, social, econômica e estrutural entre os países integrantes do Mercosul, sobretudo no que tange ao Brasil e Paraguai, porém ambos possuem uma mesma característica peculiar: uma longa faixa de fronteira<sup>33</sup> e dinâmicas locais de circulação de mercadorias, serviços e pessoas.

O Paraguai faz limite com a Bolívia, o Brasil e a Argentina, tendo 85,62% do seu território localizado em região fronteiriça. (RECALDE, 2005).

Enquanto que o Brasil faz fronteira com expressivos 10 (dez) países, são eles: Uruguai, Argentina, Paraguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela, Guyana,

---

<sup>33</sup> A faixa de fronteira é definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística como aquela que “[...] compreende uma faixa interna de 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, considerada área indispensável à Segurança Nacional.” (IBGE, 2005, s/p.). Todos os municípios interceptados por esta linha de 150 km fazem parte da faixa de fronteira. A definição do IBGE está ancorada na Constituição de 1988, Artigo 20 parágrafo 2º, que coloca “A faixa de até cento e cinquenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres, designada como faixa de fronteira, é considerada fundamental para defesa do território nacional, e sua ocupação e utilização serão regulamentadas em lei.”. O dispositivo legal que regulamenta esta questão é a Lei nº 6.634 de 02 de maio de 1979, que dispõe sobre a faixa de fronteira; e também o Decreto nº 85.064 de 26 de agosto de 1980, que regulamentou a Lei anterior.

Suriname, e Guyane. Destes 07 (sete) são países que participam do Mercosul. No Brasil, são 588 (quinhentos e oitenta e oito) municípios de onze diferentes estados, que estão localizados em faixa de fronteira. O estado do Paraná possui 399 (trezentos e noventa e nove) municípios, dos quais 139 (cento e trinta e nove) são fixados na fronteira brasileira. (IBGE, 2005, s/p.).

O cenário da fronteira do Brasil com o Paraguai, acolhedora de uma população significativa em um espaço geográfico de particularidades, ganha expressão ao ser caracterizada pelo Grupo de Trabalho para a Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu Binacional<sup>34</sup>, Região de Fronteira (*GT Itaipu Saúde*). A caracterização demarca: existe um grande fluxo de pessoas transitando por esta fronteira; presença de uma diversidade cultural; centenas de milhares de brasileiros residem no Paraguai; diversidade quanto aos serviços de saúde dos dois países com distintos indicadores; e desigualdade no acesso as ações e serviços de saúde.

Tendo como referência as características descritas acima, reforça-se a preocupação e a necessária atenção para questões que transcendem o âmbito econômico no Mercosul. É sobre estas singularidades que este item vem tratar, considerando que a extensão da faixa brasileira, e no caso paraguaio a alta concentração de seu território em margens fronteiriças, assinala para a elevada importância da integração regional.

Para o desenvolvimento deste estudo foi necessário realizar um recorte geográfico, considerando o número expressivo de municípios paranaenses localizados em faixa de fronteira. Assim, a faixa escolhida é a compreendida entre os municípios de Guaíra-PR a Santa Helena-PR, que faz fronteira com os Departamentos paraguaios de Canindeyú e Alto Paraná. Desta forma, esta pesquisa contempla 06 (seis) dos 139 (cento e trinta e nove) municípios do Paraná fixados em faixa de fronteira, são eles: Guaíra; Mercedes; Pato Bragado; Marechal Cândido Rondon; Entre Rios do Oeste e Santa Helena. Observa-se na Tabela abaixo os municípios paraguaios que fazem fronteira com os municípios do estado paranaense lócus deste estudo.

---

<sup>34</sup> A Itaipu Binacional surge com um pretensioso plano de desenvolvimento de energia renováveis, através da assinatura do Tratado de Itaipu em 1973. Construída durante a década de 1970 e início da década de 1980, foi inaugurada em novembro de 1982, pelos Presidentes do Brasil, João Figueiredo, e do Paraguai, Alfredo Stroessner. Atualmente, com mais de vinte anos de funcionamento, a Empresa ainda se apresenta como a maior hidroelétrica do mundo em geração de energia. Dados disponíveis em: <<http://www.itaipu.gov.br/?q=node/356>>. Acesso em março de 2008.

TABELA 02 – Municípios Brasileiros do Estado do Paraná e Respective Municípios Paraguaio que Fazem Parte da Fronteira Brasil/Paraguai.

<b>Município Brasileiro</b>	<b>População</b>	<b>Município Paraguaio</b>	<b>Departamento a que Pertence</b>
Guairá	28.683	Salto Del Guairá	Canindeyú
Mercedes	4.713	General Francisco C. Alvarez	Canindeyú
Pato Bragado	4.631	Mbaracayu	Canindeyú
Marechal Cândido Rondon	44.562	Tayí Caré	Canindeyú
Entre Rios do Oeste	3.842	Itaouyry	Alto Paraná
Santa Helena	22.794	Puerto Índio	Alto Paraná

Fonte: IBGE, 2007<sup>35</sup>. DGEEC.

Sobre os municípios brasileiros sobreditos, é preciso fazer duas considerações: Guaíra-PR é cidade-gêmea de Salto Del Guairá-PY, indicando uma certa integração em aspectos culturais e econômicos, entre outros. E, Marechal Cândido Rondon possui um distrito localizado na linha de fronteira, Porto Mendes, sendo que ao fazer a travessia, saindo do Paraguai, é por este distrito que se chega ao Brasil.

Identificam-se entre os municípios paranaenses listados na Tabela 02, que 50% são municípios com população menor de 20.000 (vinte mil) habitantes. Já a outra metade destes municípios é de médio porte, com até 50.000 (cinquenta mil) habitantes. Estas cidades estão localizadas dentro da faixa de fronteira, sendo que 33,3% têm sede localizada na própria linha de fronteira<sup>36</sup>, Guaíra e Santa Helena.

Este espaço fronteiriço compreende municípios de realidade social, econômica e cultural distintas, com estruturas e oferta de ações e serviços de saúde diferenciados, porém, comungando no significativo fluxo de usuários, tal como os brasiguaios<sup>37</sup>, que vêm ao Brasil à procura de ações e serviços de saúde. Tal

<sup>35</sup> Números do IBGE, 2007. Dados disponíveis em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Números do DGEEC. Dados disponíveis em: <<http://www.dgees.gov.py>>. Acesso em março de 2008.

<sup>36</sup> A linha de fronteira é definida pelo Estado brasileiro como o espaço de 10 km paralelos à linha divisória terrestre do país. É o limite físico natural ou artificial entre dois países estabelecido por meio de tratados internacionais. (BIOLCHI, 2006, p. 37).

<sup>37</sup> Ao transitar por municípios fronteiriços verifica-se que a denominação “brasiguai” é atribuída aos brasileiros residentes, fixa ou temporariamente, em alguma cidade paraguaia. Ou seja, “brasiguai” é



situação configura uma situação problemática para a saúde pública, considerando a ainda recente política de financiamento diversificada para os municípios de fronteira, e exigindo o envolvimento de diferentes profissionais e atores políticos na garantia dos princípios do SUS.

Cumprir dizer que por atenderem demanda para além da estipulada pelo número de habitantes catalogados pelo IBGE, os municípios brasileiros de faixa de fronteira requerem uma política de financiamento diferenciada. Como resposta a tal demanda o Ministério da Saúde instituiu o projeto SIS-Fronteiras e propôs o *Pacto da Saúde*, no entanto, na região estudada os resultados destas ações ainda não se fazem presentes.

Dados referentes à estrutura de saúde dos municípios brasileiros pesquisados, disponível para o atendimento das necessidades de saúde da população, seja ela residente ou não residente, estão apresentados na Tabela 03.

TABELA 03 – Estabelecimentos de Saúde dos Municípios Paranaenses.

<b>Município</b>	<b>Nº de Estabelec. de saúde</b>	<b>Natureza dos Estabelecimentos de Saúde</b>	<b>Nº de Leitos</b>
Guairá	20	01 públ. estadual; 09 públ. mpais.; 10 privados, sendo que 09 atendem pelo SUS.	71
Mercedes	05	03 públ. mpais.; 02 privados.	14
Pato	02	01 públ. mpal.; 01 privado que atende pelo SUS.	17
Bragado M. C.	23	11 públ. mpais.; 12 privados, sendo que 07 atendem pelo SUS.	441
Rondon	03	1 públ. mpal.; 02 privados, sendo que 01 atende pelo SUS.	28
Entre Rios do Oeste	18	11 públ. mpais.; 07 privados, sendo que 06 atendem pelo SUS.	102
Santa Helena			

Fonte: IBGE, 2007<sup>38</sup>.

o brasileiro que mora no Paraguai. Apesar de determinados brasileiros aqui residentes e também brasileiros residentes no país vizinho tomarem a utilização do termo “brasiguai” em alguns casos como associado a “[...] um sentido pejorativo, limitador e cerceador de direitos, é assim que esses brasileiros que migraram para o vizinho país são conhecidos e reconhecidos.” (SILVA, 2006, p. 91).

<sup>38</sup> Números do IBGE, 2007. Dados disponíveis em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em março de 2008.

À exceção de Mercedes, os leitos para internação hospitalar dos demais municípios se concentram em estabelecimentos privados de saúde, realizando atendimento pelo SUS, em complementaridade à rede pública. A rede privada desta região se faz de estabelecimentos com fins lucrativos, exceto um, localizado em Marechal Cândido Rondon, de natureza filantrópica. No caso de Mercedes não há leitos na rede pública e nem na privada localizados no Município, os 14 (quatorze) leitos destinados encontram-se em cidade de maior porte que faz parte de sua Regional de Saúde.

Já, na faixa de fronteira paraguaia significativa parte é de terras/fazendas, onde reside um expressivo número de brasileiros<sup>39</sup>. Pois, as constantes emigrações de brasileiros ao Paraguai fazem parte das particularidades desta região.

Sobre isso é possível afirmar, a princípio brasileiros migraram para os departamentos de Amambay, Canindeyú e Alto Paraná, os dois últimos abrangidos por este estudo, após, se expandiram por outras áreas fronteiriças. Estas migrações geraram um êxodo rural, pois, os brasileiros buscavam terras paraguaias para a atividade do cultivo da soja, e os pequenos produtores rurais paraguaios foram pressionados a vender suas terras. Com isso, o Paraguai vivenciou a estagnação de seu processo de modernização e expansão agrícola, visto que os pequenos camponeses deixaram o campo rumo às cidades, mesmo sem qualquer preparação para a vida e o trabalho urbano. (BIOLCHI, 2006, p. 38).

Na década de 1970, o país vizinho abriu suas fronteiras para receber um significativo número de agricultores brasileiros. Intensificam-se as emigrações dos que estavam desarticulados no processo de modernização da estrutura agrária nos estados sulinos do Brasil. Destarte, em três décadas o cenário se torna favorável aos migrantes, os quais prosperaram em suas atividades, ao passo que os pequenos camponeses paraguaios não possuíam capacidade para competir e nem apoio estatal, fazendo com que estes colocassem suas propriedades para venda a custo baixo. Tal fato gerou o engrossamento das filas dos setores informais do Paraguai. (RIQUELME, 2003, p. 15 apud BIOLCHI, 2006, p. 38).

A proximidade entre os países Brasil e Paraguai pode ser considerada um dos fatores que encorajaram brasileiros a se aventurar em terras vizinhas.

---

<sup>39</sup> Dado qualitativo das pesquisas “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde” e “Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul”.

O trajeto entre estes países foi facilitado a partir de 1982, quando da formação do Lago de Itaipu, acarretando alterações nos aspectos naturais da região. Pois, a represa do Rio Paraná, ordenada pela Itaipu Binacional, formou o Lago de Itaipu tornando o Rio navegável, e assim, facilitando e agilizando a passagem do Brasil para o Paraguai e da mesma forma o inverso. (SOUZA, 2006, p. 39-40).

Observa-se na Figura 02 que os países, no ponto que examinamos nesta pesquisa, são divididos por águas lacustres, tendo as suas margens muito próximas em alguns pontos. E ainda, também são poucos os quilômetros separando as cidades paranaenses entre si.

FIGURA 02 – Mapa da Faixa de Fronteira do Brasil com o Paraguai.



Fonte: Guia Quatro Rodas Rodoviário, 2007.

Outro ponto de integração entre o Brasil e o Paraguai é a Ponte Ayrton Senna, ligando o estado do Paraná com o do Mato Grosso do Sul, e que “[...] transpõe as águas do Lago de Itaipu, impingindo maior dinâmica ao fluxo de pessoas e mercadorias na região.” (SOUZA, 2006, p. 40). De maneira que, propiciou uma integração mais elevada em nível nacional e internacional com relação ao país vizinho.

Logo, a criação do Lago e a instalação da Ponte incentivaram e facultaram a circulação de pessoas, de mercadorias e serviços. Porém, as alterações nos

aspectos naturais desta região facilitaram também o desenvolvimento de práticas ilegais, tendo em vista que, onde havia barracas, existem hoje portos clandestinos que segundo Souza (2006, p. 39-40), possibilita rapidez de ação aos criminosos.

Da mesma forma, estas passagens clandestinas são utilizadas pela população de fronteira que faz a passagem do Paraguai para o Brasil na procura por ações e serviços de saúde. Para a travessia fazem o uso de balsas ilegais ou ainda, de pequenos barcos alugados, os quais oferecem perigo<sup>40</sup>.

Isso, porque nos municípios brasileiros estudados em apenas dois existe transporte público regular, sendo estes Guaíra e Santa Helena. No primeiro, o trajeto também pode ser realizado por veículos que transportam grupos de pessoas, como Vans, táxis ou carros de passeio, atravessando a fronteira por intermédio da Ponte Ayrton Senna. Nos quatro demais municípios a única forma de passagem é através de balsa ou barco, prática também realizada em Guaíra e Santa Helena<sup>41</sup>. Assim, fica claro que a passagem feita via Lago é muito freqüente nesta região, colocando em questão as condições das embarcações e os possíveis riscos oferecidos aos que delas fazem uso.

Estes números reforçam a hipótese de que a dinâmica de circulação na fronteira interfere na vida social das pessoas ali residentes, tendo em vista que a extensa faixa fronteiriça e no caso da região em questão, igualmente pela proximidade, são fatores de facilitação da passagem entre os países.

A fim de trazer elementos que caracterizam a faixa de fronteira em foco, apresentam-se alguns dados recolhidos em dezembro de 2005, através da pesquisa “Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul”<sup>42</sup>. A qual oportunizou o contato desta autora com

---

<sup>40</sup> Dados qualitativos recolhidos na pesquisa “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”.

<sup>41</sup> Dados fornecidos pela pesquisa “Saúde nas Fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul”.

<sup>42</sup> Pesquisa coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ligia Giovanella, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nesta foram realizadas entrevistas com Secretários Municipais de Saúde de 69 localidades brasileiras de fronteira com países do Mercosul, referentes aos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A autora desta Dissertação participou desta investigação como pesquisadora de campo, aplicando questionário aos Gestores Municipais de Saúde de treze municípios paranaenses de fronteira, dos quais nove fazem fronteira com o Paraguai, são eles: Guaíra, Mercedes, Pato Bragado, Marechal Cândido Rondon, Entre Rios do Oeste, Santa Helena, Missal, Itaipulândia, e São Miguel do Iguaçu. E quatro fazem fronteira com a Argentina, são eles: Serranópolis do Iguaçu, Capanema, Planalto e Pérola D’Oeste. A participação desta autora também se deu através de digitação dos dados correspondentes em planilha específica e elaboração de relatório de campo, identificando aspectos principais das condições de acesso aos

dados empíricos dos municípios de Guaíba-PR, Mercedes-PR, Pato Bragado-PR; Marechal Cândido Rondon-PR; Entre Rios do Oeste-PR; e Santa Helena-PR, por meio de aplicação de questionário aos Gestores Municipais de Saúde destas cidades de fronteira com o Paraguai.

Esta fronteira é marcada pela diversidade quanto às formas de trânsito entre os municípios brasileiros e as cidades estrangeiras, como por exemplo, a circulação de mercadorias e produtos, prática considerada freqüente em Guaíba-PR e Santa Helena-PR. Há também o fluxo de trabalhadores que moram de um lado da fronteira e trabalham do outro, situação freqüente no município de Mercedes; e muito freqüente em Guaíba – nas demais cidades estudadas não significa a inexistência deste tipo de fluxo, mas que este ocorre esporadicamente. E ainda, podemos citar o trânsito de pessoas com familiares residentes no outro lado da fronteira, sendo freqüente em Marechal Cândido Rondon-PR, Pato Bragado-PR e Santa Helena-PR; e muito freqüente em Guaíba-PR, Mercedes-PR e Entre Rios do Oeste-PR.

Questionados sobre em que direção o fluxo de pessoas é mais importante, os Gestores Municipais de Saúde informaram que no caso de Marechal Cândido Rondon, Entre Rios do Oeste e Pato Bragado, é mais relevante das cidades estrangeiras para as brasileiras; e no caso dos demais municípios estudados o fluxo é considerado igualmente importante nas duas direções.

Quanto ao fluxo de pessoas especificamente na busca por ações e serviços de saúde nesta fronteira, ficam patentes duas características:

A primeira, os *brasileiros residentes no Paraguai* (brasiguaios) procuram mais os serviços públicos de saúde do Brasil do que os *paraguaios residentes em seu país*. Isso demonstra que a proximidade não é o único fator decisivo para que cidadãos que moram no país vizinho recorram aos serviços brasileiros. A situação exposta é demonstrada nos dados da busca de *brasiguaios* por atendimento pelo SUS, sendo considerada entre freqüente e muito freqüente nos seis municípios pesquisados; enquanto que a de *paraguaios residentes em seu país* é considerada entre pouco freqüente e freqüente.

Esta tendência também se confirma na totalidade da fronteira com o Paraguai e nas regiões de fronteira do Brasil com a Argentina e com o Uruguai. O que se demonstra é que os *brasileiros residentes em países estrangeiros* procuram com

maior freqüência os serviços de saúde do Brasil do que os *estrangeiros*, conforme se pode comprovar com os dados a seguir. Quanto a freqüência de busca de *estrangeiros* por atendimento no SUS, em 21% dos municípios pesquisados a procura nunca acontece; em 63% a procura está entre pouco freqüente e freqüente; em 12% a procura é muito freqüente; e 5% alegaram desconhecer. Já a freqüência de busca de *brasileiros residentes em cidades estrangeiras* por atendimento no SUS aumenta, sendo que, em 13% a procura nunca acontece; em 55% a procura está entre pouco freqüente e freqüente; em 30% a procura é muito freqüente; e 1% apenas disse desconhecer. (GIOVANELLA et al., 2006, s/p.).

No entanto, é preciso esclarecer que os dados quanto ao número de atendimentos a este público são imprecisos já que os municípios brasileiros não realizam o registro da prestação de serviço como sendo específico a usuários não residentes.

Conforme exposto acima, a proximidade geográfica entre Brasil e Paraguai, embora facilite, não é o único fator para que cidadãos moradores do outro lado da fronteira busquem serviços de saúde brasileiros, ao contrário, brasiguaios e paraguaios teriam percentual igualado. No entanto, de acordo com a percepção dos Gestores de Saúde existem outros motivos para além da proximidade, mas alguns destes, outrossim, se relacionam com a questão da distância. Os principais motivos apontados foram: a ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de origem; a distância de outros centros; a facilidade de ser atendido pelo SUS; e ainda, a urgência ou gravidade do caso.

Destaca-se que a gratuidade do SUS e a qualidade dos serviços não aparecem como razões para a busca dos serviços públicos de saúde brasileiros. Estes dois motivos já haviam sido apontados na pesquisa “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”, por trabalhadores da saúde de cidades de fronteira do Paraná, de Santa Catarina, e do Rio Grande do Sul. (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007a). No entanto, na perspectiva dos Gestores de Saúde entrevistados estes não são os principais fatores.

A segunda característica diz respeito a unilateralidade da procura por serviços de saúde, sendo do país estrangeiro para o Brasil. Em outras palavras, especificamente nesta fronteira se verifica que o trânsito de um lado da fronteira para o outro na procura por serviços de saúde se dá unicamente no sentido do Paraguai para o Brasil. Este fato diferencia essa fronteira da do Brasil com a

Argentina, por exemplo, onde brasileiros residentes em nosso país também procuram os serviços de saúde estrangeiros.

Confirma-se essa característica visto que os Gestores identificam a busca de atendimento nos serviços públicos de saúde do Paraguai, por parte de *brasileiros aqui residentes*, como um fato que nunca acontece. Mesmo a busca de assistência privada no Paraguai é identificada como não existente.

Perpassando por outros dados referentes à procura por serviços de saúde brasileiros, por parte de *estrangeiros*, podemos verificar a dinâmica de atendimento. Sobre a garantia de atendimento a *estrangeiros* no SUS municipal, os Secretários de Saúde de Marechal Cândido Rondon, Guaíra, Pato Bragado, e Santa Helena afirmaram que os municípios atendem independentemente da ação ou do serviço de saúde necessitado, totalizando 66,8%; enquanto que o Secretário de Entre Rios do Oeste afirmou que atende para outros serviços além de emergência, mas dependendo do tipo de ação ou serviço necessitado; e o de Mercedes afirmou que o atendimento apenas é realizado em caso de emergência.

Estes dados diferem um pouco dos que foram apresentados na totalidade da fronteira do Brasil com o Paraguai, e na fronteira brasileira com a Argentina e com o Uruguai. Nestas fronteiras 36% dos Gestores afirmaram que os municípios atendem *estrangeiros* independentemente da ação ou serviço de saúde necessitado; outros 36% atendem para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação necessitada; e por fim, 28% atendem somente em caso de emergência. (GIOVANELLA et al., 2006, s/p.). Verifica-se um elevado aumento na porcentagem de cidades que realizam somente em caso de emergência, situação em que não há como recusar atendimento.

No conhecimento dos Gestores os paraguaios que buscam o SUS são de situação econômica precária, considerados entre pobres e muito pobres.

A procura pelos serviços públicos foi caracterizada como de forma espontânea, ou seja, a busca de atendimento no SUS por estrangeiros e brasiguaios mostrou que 83% destes chegam de forma espontânea. Somente em Guaíra foi identificada que estes cidadãos não residentes chegam de forma espontânea e também por encaminhamento do Consulado do Paraguai.

Igualmente cabe esclarecer que a procura pelos serviços não se dá apenas em situações emergenciais ou esporádicas, quando em situação de passeio no Brasil, por exemplo, mas na busca por atendimentos diversos. Os estrangeiros que

chegam ao SUS nesta região de fronteira buscam variadas ações e serviços públicos de saúde, desde exames de patologia clínica, consultas médicas de atenção básica, pré-natal, e procedimentos de alta complexidade. Portanto, a maior procura não alude a situações de emergência.

Esta foi a conclusão igualmente apontada pela pesquisa “Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”, a qual identificou o atendimento médico, com 86,7%; os medicamentos, com 69,3%; as vacinas, com 63,2%; e encaminhamentos para outros serviços sociais, com 41%; como os principais serviços procurados pela população não residente no Brasil. (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007a). Serviços que não se concentram exclusivamente em situações de emergência.

O setor privado de saúde do Brasil de igual forma recebe a demanda de paraguaios e brasiguaios, fato freqüente em Entre Rios do Oeste e em Santa Helena; e muito freqüente em Guaíra.

Quanto aos mecanismos de encaminhamento *formal* e *informal* entre os serviços de saúde dos 06 (seis) municípios paranaenses escolhidos neste estudo e os municípios paraguaios de fronteira, os Gestores entrevistados informaram que inexistem acordos entre governos locais para viabilizar os atendimentos. Assim como inexistem mecanismos de encaminhamento *formal* entre os serviços. E em relação ao contato *informal* entre profissionais para encaminhar pacientes, existe apenas entre Santa Helena e Puerto Índio-PY. Os mecanismos de troca regular de informações epidemiológicas, ocorrem entre Guaíra e Salto del Guairá-PY, e Santa Helena e Puerto Índio-PY; nestes municípios ocorrem também trocas de informações sobre doenças de notificação compulsória; e ações conjuntas de controle de vetores. E ainda entre Guaíra e Salto del Guairá existem ações conjuntas de vigilância ambiental, tal como ocorre entre Mercedes e General Francisco C. Alvarez-PY.

Assim, dos seis municípios somente em relação a Guaíra e Santa Helena se pode afirmar a existência de relações formais e informais entre o SUS municipal e o sistema público de saúde da cidade estrangeira.

Verifica-se na totalidade dos municípios brasileiros de fronteira com o Paraguai, a cooperação técnica em saúde entre os municípios de fronteira está presente em 15% das cidades; já em 85% não há qualquer cooperação. (GIOVANELLA et. al., 2006, s/p.).



Salienta-se que a criação do Mercosul na percepção destes Gestores não teve repercussão para a saúde dos municípios pesquisados. Esta mesma situação já foi identificada por Silva (2006), em relação a fronteira de Foz do Iguaçu-PR.

Neste sentido é seguro afirmar que até o momento o direito à saúde na fronteira do Brasil com o Paraguai se configura de três diferentes maneiras, as quais se relacionam com uma perspectiva de cidadania atrelada ao território e a nacionalidade do usuário<sup>43</sup>. Demarca-se que usuários brasileiros relacionam o direito à condição de nacionalidade, bem como atrelam a cidadania ao território.

Primeira maneira, em relação ao *brasileiro que mora no Paraguai*, este é atendido nos serviços públicos de saúde do Brasil, encaminhado para os serviços sociais, seus filhos são matriculados em escolas públicas brasileiras, são tomadas providências quanto à confecção de documentos pessoais, quando inexistentes. Ou seja, a atenção ao brasiguai não se esgota na consulta médica ou em qualquer outro procedimento médico, mas ela é fornecida em uma perspectiva mais ampla, contemplando outros direitos sociais.

A segunda remete ao *estrangeiro paraguaio que reside no seu país*. Este não possui nacionalidade e residência brasileira, assim, lhe é negado o atendimento para além de procedimentos de urgência e emergência, os quais são fornecidos por questões éticas. Portanto, este estrangeiro é considerado como não possuidor do direito de acessar a saúde no Brasil, sendo este cidadão de responsabilidade do Paraguai.

A última configuração identificada do direito à saúde na fronteira referida é em relação ao *estrangeiro residente no Brasil*, este tem acesso à rede de serviços disponíveis pelo SUS e ainda aos serviços assistenciais do município. Isso ocorre dentro do entendimento de que este estrangeiro tem de fato o direito à saúde no Brasil, já que por ser residente no país paga imposto e assim, contribui para o desenvolvimento da Nação. Sobre esta última situação não iremos trabalhar, mas apenas com usuários que não residem no Brasil.

Por fim, há que se frisar, a política de saúde na fronteira, referido ao atendimento que é destinado aos usuários não residentes no Brasil, é restrito a ações que visam à recuperação de doenças. Dito de outro modo, a saúde não é

---

<sup>43</sup> São afirmações construídas no decorrer da participação nas pesquisas “fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde”; “Saúde nas Fronteiras: um estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul”; e mais recentemente “Direito à Saúde: concepções da população residente na linha da fronteira Mercosul”.

trabalhada no seu sentido mais amplo, mas na perspectiva de recuperação do usuário de sua situação de doença. (HELLMANN, 2005).

Pois, enquanto são discutidas questões de responsabilidade financeira, seguidamente nos serviços de saúde brasileiros são realizados atendimentos aos estrangeiros e brasileiros não residentes no Brasil. Assim como, são identificadas estratégias elaboradas no nível local para não realizar o atendimento de saúde aos usuários não residentes. (HELLMANN, 2005). Este último fato não permite e não impõe um debate público sobre os processos de acesso ao sistema de saúde. (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007a).

### **3 AS AÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO A USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL**

Como se pôde observar, municípios de fronteira têm dinâmicas próprias de fluxo de pessoas, mesmo este não sendo regulamentado pelos países integrantes do Mercosul. Em parte, são pessoas que saem dos municípios em que residem para procurar em outro o atendimento de suas necessidades sociais. Neste sentido, se nota a importância de captar quais são as ações realizadas pelos Assistentes Sociais enquanto profissionais de saúde, nos municípios fronteiriços, junto a esta população flutuante. Bem como, de que maneira tem sido a apropriação dos profissionais do Serviço Social acerca deste debate.

O conjunto das informações será apresentado dividido em itens de seção de acordo com os eixos de discussão que serviram de parâmetro para as análises contidas neste trabalho. Comporta a percepção das profissionais no que tange a vinda de cidadãos não residentes no Brasil aos municípios deste país a fim de requererem ações e serviços públicos de saúde. Situação colocada na forma de demandas para o Serviço Social. A seção apresenta ainda as ações profissionais realizadas com a população sobredita, imediatas e mediatas, caracterizando a intervenção do Serviço Social neste espaço onde a negação de direitos de cidadania se faz presente.

#### **3.1 PERFIL PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADAS**

Para efeito de maior compreensão acerca da análise do material empírico desta investigação é pertinente iniciar com informações obtidas sobre as Assistentes Sociais entrevistadas, com foco em aspectos de seus campos de trabalho.

A princípio cabe esclarecer sobre o número de Assistentes Sociais entrevistadas em cada município e o respectivo vínculo destas com a área da saúde, conforme ilustrado na Tabela abaixo.

TABELA 04: Número de Assistentes Sociais nos Municípios Pesquisados, na Área da Saúde e de Assistentes Sociais Entrevistadas.

<b>Município</b>	<b>Nº de AS no Município</b>	<b>Nº de AS na Saúde</b>	<b>Nº de AS Entrevistadas</b>
Guaíra-PR	09	02	02
Mercedes-PR	01	0	01
Pato Bragado-PR	03	02	02
M. C. Rondon-PR	03	0	01
Entre Rios do Oeste-PR	02 <sup>44</sup>	01	01
Santa Helena-PR	05	0	01
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>05</b>	<b>08</b>

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

A pesquisa de campo incluiu 08 (oito) entrevistas, dentre as quais 05 (cinco) foram realizadas com profissionais atuantes diretamente na área da saúde, embora com carga horária diferenciada segundo o município. Estas 05 (cinco) profissionais distribuem-se nas cidades de Guaíra, Pato Bragado e Entre Rios do Oeste.

Outras 02 (duas) entrevistas foram realizadas com Assistentes Sociais que prestam assessoria e/ou serviço técnico para a saúde em situações esporádicas, já que nestes municípios não existem profissionais de Serviço Social atuando diretamente na saúde. Localizam-se nos municípios de Mercedes e Marechal Cândido Rondon.

E ainda, a última entrevista foi realizada com 01 (uma) profissional da área da assistência social que não presta assessoria ou serviço para a saúde, dado que no município em que atua não existe profissional de Serviço Social atuando nesta área. Trata-se do município de Santa Helena. Mesmo assim, entendemos ser importante a participação de no mínimo 01 (uma) profissional por cidade definida nesta pesquisa.

Constatou-se um reduzido número de profissionais de Serviço Social atuando na área da saúde nos municípios pesquisados. Chama a atenção os municípios de Marechal Cândido Rondon e Santa Helena, com mais de 40.000 (quarenta mil) e mais de 20.000 (vinte mil) habitantes respectivamente, os quais não possuem Assistentes Sociais atuando na saúde, em setor público. No caso de Santa Helena

<sup>44</sup> Cabe colocar que uma das Assistentes Sociais havia sido contratada no mesmo dia em que realizamos a entrevista na cidade de Entre Rios, até então havia apenas uma Assistente Social. A nova contratada irá atuar no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

na gestão 2001-2005 havia 01 (uma) profissional que também desempenhava a função de Diretora do Departamento de Saúde, conforme informou a AS08, mas a entrevistada alegou desconhecer o motivo da não contratação atual. No entanto, no mesmo período de realização da pesquisa de campo fomos informadas pelas profissionais de que estes municípios estavam em processo de contratação de profissional de Serviço Social para a saúde, por meio de concurso público.

Ressalta-se que o profissional de Serviço Social tornou-se necessário nas equipes multidisciplinares de saúde por trabalhar com os determinantes sociais da saúde e assim, pensar o direito à saúde na sua concepção ampliada, para além da ausência de doenças. Portanto, a ausência deste profissional pode ser um indicador de que os municípios não estejam entendendo a saúde na sua compreensão ampliada.

Em todo o território nacional são 15.337 (quinze mil, trezentos e trinta e sete) empregos em saúde ocupados por Assistentes Sociais, sendo que mais de 95% trabalham para o SUS nos seus três níveis, portanto, no setor público. Destes postos de trabalho 1.926 (um mil, novecentos e vinte seis) estão localizados no Sul do país, de abrangência nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, contando o primeiro com o menor número dessa região, com 538 (quinhentos e trinta e oito) profissionais de Serviço Social nesta área<sup>45</sup>. (BRASIL, 2007).

Mas, na fronteira estudada a maior incidência é de profissionais atuando na política de assistência social.

Outro esclarecimento pertinente é relativo à redação do texto em toda a terceira seção. Esta faz referência a Assistentes Sociais acompanhado de pronome feminino, isso porque 100% das entrevistas foram realizadas com profissionais mulheres, assim como, 100% das profissionais de Serviço Social atuantes nos municípios pesquisados, independente do espaço sócio-ocupacional de trabalho, são mulheres.

Esta é uma característica histórica desta profissão, assumindo atualmente o posto de curso com o maior índice de matrículas femininas do país, representando em média 93,8% das matrículas realizadas, segundo dados do Instituto Nacional de

---

<sup>45</sup> O menor número de Assistentes Sociais atuando no setor saúde no estado do Paraná não se justifica pela quantidade de habitantes, pois estes somam 10.284. 503; população pouco abaixo da riograndense, com 10.582.840; e consideravelmente acima de Santa Catarina, o qual possui 5.866.252 habitantes. Dados disponíveis em: <<http://www.ibge.com.br/estadosat/>>. Acesso em setembro de 2008.

Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Iamamoto (2006b, s/p.) ressalta que o índice do Serviço Social é maior do que em cursos como Secretariado, Ciências Domésticas, Enfermagem e cursos relacionados a serviços de beleza, nos quais a preferência feminina também é histórica. Ademais, para a autora a questão proeminente é a de gênero como um dos determinantes centrais para decifrar o trabalho destas profissionais no mercado formal, e a imagem social da profissão.

A predominância de profissionais mulheres na região pesquisada igualmente se confirma na totalidade da região Sul, onde 99% das profissionais de Serviço Social são mulheres, sendo que a média nacional é de 97%. (CFESS Org., 2005, p. 17-18).

Então, dados os esclarecimentos parte-se para considerações acerca do perfil profissional das Assistentes Sociais entrevistadas.

São profissionais majoritariamente graduadas em Instituição de Ensino Superior (IES) público, representando 07 (sete) profissionais. As profissionais formadas em ensino público freqüentaram o curso de Serviço Social na mesma universidade, a UNIOESTE. Este dado nos remete situar a formação das mesmas abrangendo o ensino, a pesquisa e a extensão em um curso que acompanhou o debate sobre a revisão curricular comandada pela ABEPSS e vem demonstrando preocupação com uma formação profissional de qualidade.

Apenas 01 (uma) profissional graduou-se em IES privada. A proliferação de cursos privados de Serviço Social e na modalidade de educação à distância é ponto patente<sup>46</sup>. Porém, no caso dos profissionais aqui investigados ainda foi identificada a formação prioritariamente em instituições públicas, a isso pode ser atribuído o baixo tempo de existência, nesta região do Paraná, de cursos privados de Serviço Social e na modalidade de educação à distância.

Quanto à faixa etária entre as profissionais entrevistadas, identificou-se variação de 25 (vinte e cinco) a 41 (quarenta e um) anos, distribuída em: 05 (cinco) profissionais têm entre 25 (vinte e cinco) e 30 (trinta) anos; 01 (uma) tem entre 31 (trinta e um) e 36 (trinta e seis) anos; e as últimas 02 (duas) têm entre 37 (trinta e sete) e 41 (quarenta e um). Pelo fato da grande maioria ser de profissionais jovens, não há uma vasta experiência profissional, no entanto, este não representou um

---

<sup>46</sup> Netto (2007, p. 39) expõe que os impactos desta proliferação danosa para a formação dos Assistentes Sociais e na sua inserção no mercado de trabalho, somente poderão ser mensurados nos próximos anos, por ser um fenômeno recente.

fator impeditivo para que as mesmas mostrassem apropriação concreta das problemáticas sociais desta região de fronteira.

Considera-se que para a referida apropriação contribuiu o fato de 100% das Assistentes Sociais residirem no município em que trabalham, possibilitando contato direto e sistemático com a realidade local. Yamamoto (2006) defende a aproximação do Serviço Social ao movimento da realidade concreta e às diversas manifestações da “questão social” como fundamentais para a realização da dimensão interventiva e operativa da profissão. Por isso entendemos que o contato destas profissionais com a realidade dos municípios nos quais atuam, pode ser um fator determinante para a proposição de ações qualificadas e condizentes com as problemáticas locais.

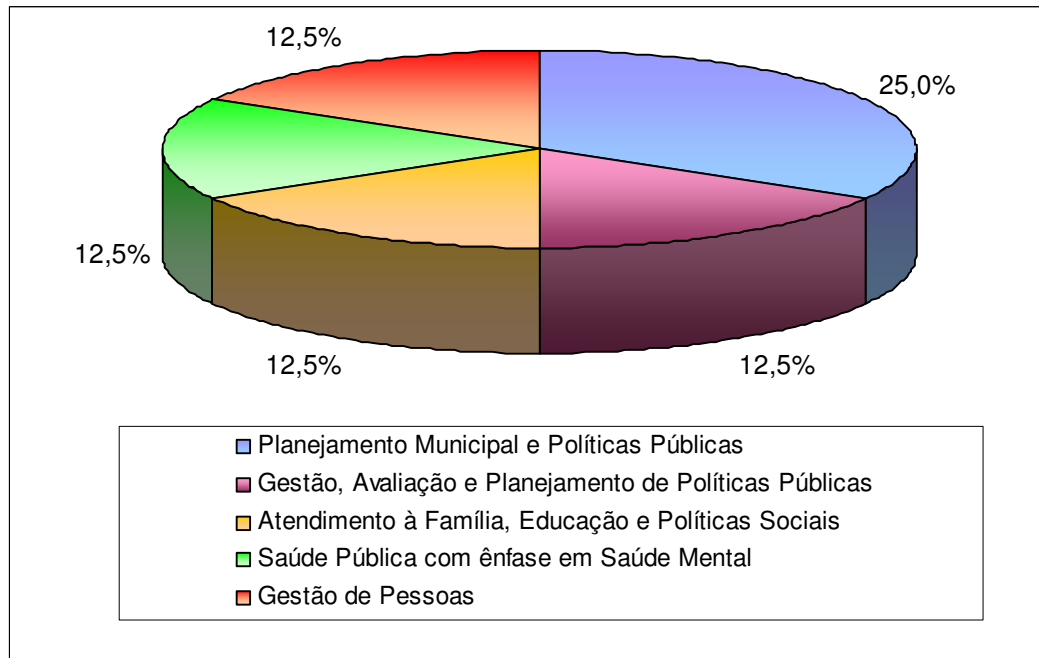
A respeito do tempo em que exercem a profissão de Assistente Social 03 (três) atuam de 01 (um) a 02 (dois) anos; outras 03 (três) de 3 (três) a 4 (quatro) anos; enquanto 01 (uma) profissional atua a 5 (cinco) anos; e 01 (uma) possui elevada experiência profissional com 12 (doze) anos de atuação. Sendo que, 62,5% das entrevistadas atuam no mesmo espaço sócio-ocupacional onde começaram o exercício da profissão de Serviço Social.

Já o tempo de atuação como Assistente Social na área da saúde é variado, mas da mesma forma a predominância é de baixa experiência em termos de anos.

Embora a maioria tenha pouco tempo de experiência profissional, estas Assistentes Sociais demonstram preocupação com o aprimoramento intelectual, visto que 75% afirmaram que concluíram ou estão em processo de conclusão de curso de Especialização; e 25% das entrevistadas, somando 02 (duas) profissionais, não ingressaram em cursos posteriores à graduação, mas da mesma forma há que considerar que as mesmas atuam a apenas 2 (dois) e 3 (três) anos.

Os cursos de Especialização procurados, no geral abordam a temática das políticas públicas, ao passo que se verifica somente 01 (uma) profissional com Especialização na área da saúde, conforme se pode acompanhar no Gráfico 01.

GRÁFICO 01 - Cursos de Especialização Concluídos, ou em Processo de Conclusão, por 75% das Assistentes Sociais Entrevistadas.



Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

Sobre este dado há três considerações. Primeira, por atuarem em Prefeituras Municipais se percebe que as Assistentes Sociais buscaram uma formação complementar específica para o campo de trabalho ocupado.

Segunda, se considerou elevado o percentual de entrevistadas com título de Especialista, ou em processo de obtenção, pois segundo a pesquisa realizada pelo CFESS a maioria, 55,34%, dos Assistentes Sociais do Brasil, possui apenas a graduação; e 36,25% são Especialistas. Na pesquisa aqui apresentada não houve a constatação de profissionais cursando Mestrado ou Doutorado, o que significa que a pós-graduação *lato sensu* é a mais acessível nesta região do Paraná.

E por fim, a terceira consideração se refere ao dado supracitado, o qual representa o compromisso destas profissionais com o constante aprimoramento intelectual expresso no atual Código de Ética e no Projeto Ético-Político. Este último implica o compromisso com a competência, para a qual é indispensável o aperfeiçoamento intelectual do Assistente Social. (NETTO, 2006, p. 155). O dado em questão se faz importante tendo em vista que o processo de produção do conhecimento a partir das referências teórico-metodológicas apropriadas pelo



Serviço Social, é decisivo para a realização de análises concretas da realidade, bem como da prestação de serviços com qualidade.

Sobre o local de trabalho e o vínculo empregatício das Assistentes Sociais, visualiza-se na Tabela 05.

TABELA 05: Local de Trabalho e Vínculo Empregatício.

<b>Identificação</b>	<b>Local de Trabalho</b>	<b>Vínculo Empregatício</b>	<b>Carga Horária</b>
<b>AS01</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Saúde.	Concursada Seletista.	40 h na saúde.
<b>AS02</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Ação Social.	Cargo Comissionado.	40 h na assistência social.
<b>AS03</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Ação Social.	Cargo Comissionado.	40 h na assistência social.
<b>AS04</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Saúde e Bem Estar Social.	Cargo Comissionado.	40 h na saúde e assistência social.
<b>AS05</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Saúde e Ação Social.	Terceirizada.	16 h na saúde e 24 h na assistência social.
<b>AS06</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Saúde e Ação Social.	Terceirizada.	16 h na saúde e 24 h entre assistência social e educação.
<b>AS07</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Saúde.	Concursada Seletista.	40 h na saúde.
<b>AS08</b>	Prefeitura Mpal. Secretaria de Assistência Social.	Terceirizada.	40 h na assistência social.

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

Com o exposto na Tabela 05 nota-se que apenas 02 (duas) das Assistentes Sociais, AS01 e AS07, têm a carga horária semanal de trabalho dedicada exclusivamente para a área da saúde, sendo estas do mesmo município. Outras 02 (duas), AS02 e AS03, não possuem carga horária estipulada para a área, visto que prestam assessoria e/ou serviço somente em situações esporádicas, em que são chamadas para realizadas visitas domiciliares e estudos sociais, por exemplo. Já a AS04 não possui carga horária específica para a saúde, pois, saúde e assistência

social fazem parte da mesma Secretaria onde esta profissional está alocada. Outras 02 (duas), AS05 e AS06, que atuam no mesmo município, possuem apenas 16 (dezesesseis) horas semanais de trabalho para a área da saúde. E ainda, a AS08 se localiza no município em que o Serviço Social não tem atuação na saúde.

Assim, constata-se um número significativo de profissionais que realizam a intervenção em mais de uma política setorial, sem que isto caracterize a intersectorialidade posta no âmbito da Seguridade Social, mas o acúmulo de funções sobre um mesmo profissional. A situação é fator determinante para que o exercício do Assistente Social se faça por meio de ações imediatas, visto que não lhe é assegurado tempo para o desenvolvimento de ações antecipatórias das demandas.

Continuando a análise do perfil profissional, tem-se que 100% atuam em instituições públicas municipais, possuindo um único vínculo de trabalho, mesmo atuando nas diferentes políticas setoriais. Levantou-se da mesma forma que estas profissionais possuem em seus locais de trabalho espaços reservados para o atendimento dos usuários, a fim de resguardar o sigilo das informações obtidas.

O vínculo empregatício apresenta certa instabilidade quanto à continuidade do profissional no local de trabalho atual. Identificou-se que apenas 02 (duas) profissionais ingressaram via concurso público, mas seus contratos estão atrelados ao tempo de funcionamento de um programa federal, o Estratégia de Saúde da Família; 03 (três) possuem cargo de confiança (comissionado), estando sujeitas a demissão quando da mudança do gestor municipal ou instabilidades financeiras das Prefeituras; e outras 03 (três) são terceirizadas, processo que objetiva a redução do quadro de técnicos com vínculos empregatícios e o estímulo a *iniciativa pessoal*, a *autonomia profissional* e as ilusões de um novo estatuto *liberal* para os profissionais terceirizados. (NETTO, 1996, p. 123).

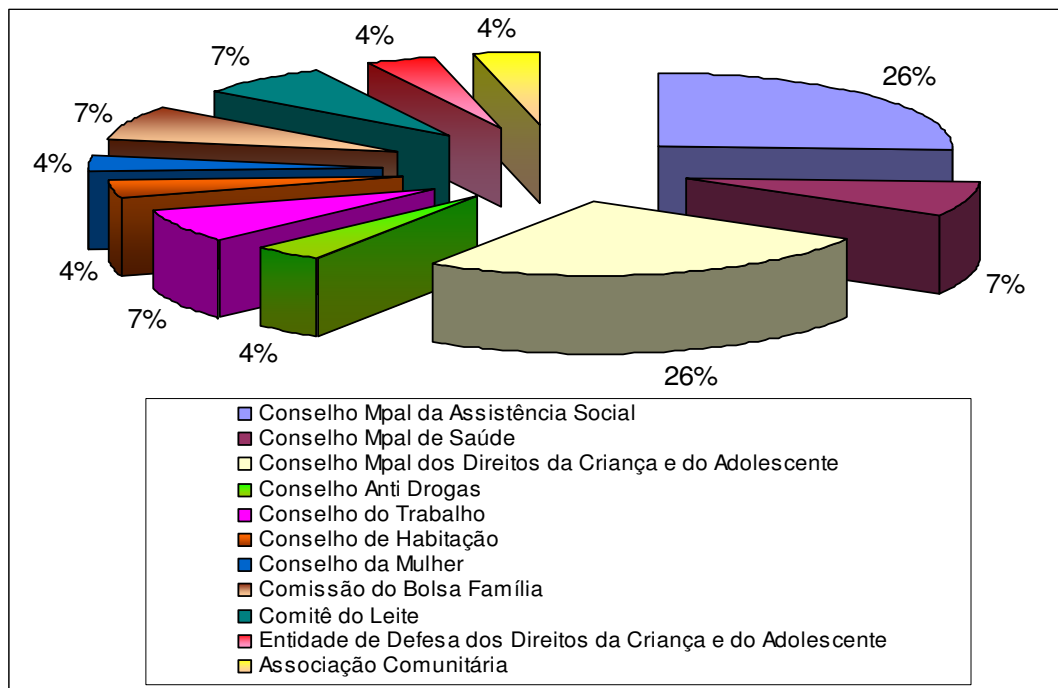
Quanto às condições de trabalho, como carga horária e vínculo empregatício expostos acima, se considera que interferem na intervenção do profissional, uma vez que espaços com regulamentação e finalidades específicas condicionam a ação da profissional e podem por vezes comprometer a sua autonomia.

Levantou-se ainda que 100% das Assistentes Sociais participam de 02 (dois) ou mais espaços participativos no campo político-profissional. Estes são aqui tomados como os espaços organizativos de mobilização política ocupados por estes profissionais, tais como conselhos de direitos, sindicatos, associações ou

comissões, os quais realizam discussões, proposições e/ou encaminhamentos quanto às políticas setoriais.

Se, por um lado, estas profissionais afirmaram não participar de sindicatos ou partidos políticos, por outro lado, foi apontado um total de 11 (onze) diferentes espaços participativos, entre associação comunitária, comissões de programas sociais do governo federal e conselhos de direitos, conforme ilustra o Gráfico 02.

GRÁFICO 02 - Espaços de Participação das Assistentes Sociais.



Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

A concentração está na participação em conselhos de direitos, com ênfase nos Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS) e Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), nos quais 87,5% das Assistentes Sociais participam. O segmento que representam é o setor governamental.

Comparando com o estudo realizado pelo CFESS (2005, p. 70), se entende que é alta a porcentagem de participação nestes espaços, pois, apenas 30,08% dos profissionais de Serviço Social da região Sul afirmaram participar de algum conselho de direito, a mesma porcentagem desvelada em nível nacional. Mas também há que se considerar que nos últimos anos a inserção dos Assistentes Sociais nestes espaços vem aumentando constantemente, seja por meio de representação

governamental, como representante dos profissionais da área, de usuários de entidades prestadoras de serviços sociais, ou ainda como assessores.

Para Yamamoto (2006, p. 165), a categoria tem perseguido a priorização do debate público e da participação democrática, que “[...] abra caminhos para que cidadãos organizados interfiram e deliberem nas questões de interesse coletivo [...]”. Respeitando o compromisso expresso no novo Projeto Profissional de atender aos interesses dos usuários, estes profissionais têm buscado fazer dos espaços de controle social instrumentos de luta por direitos.

Em contraposição, Vasconcelos (2006a, p. 197) afirma que a baixa participação nos conselhos de saúde e em órgãos de representação da categoria, constata a ausência de importância dada à dimensão política na prática profissional dos Assistentes Sociais. E mais, que a política aparece como função para os políticos e não como parte constitutiva da vida social, como instância insuprível da vida humana.

No entanto, este não foi o entendimento acerca da política e da participação política presente entre as Assistentes Sociais entrevistadas. Ao contrário, se mostraram preocupadas com a luta pelos direitos sociais e com o controle social da política de saúde, tendo sido constatado considerável participação em espaços do campo político-profissional. Mas, a inserção nestes espaços participativos descritos no Gráfico 02 não aparece nas falas das Assistentes Sociais como parte de suas ações profissionais. Em outras palavras, ao falar das ações profissionais realizadas estas profissionais não mensuram a participação nos conselhos de direitos, por exemplo, como atividade integrante do seu trabalho ou como demanda. Esta mesma situação é apontada por Bravo; Matos (2006, p. 209) e por Vasconcelos (2006b, p. 252).

Também é preciso expor que as entrevistadas não se referiram ao Fórum Regional de Assistentes Sociais (FORESS) como um espaço participativo, mesmo este sendo um grupo composto por participantes dos municípios estudados, onde profissionais de Serviço Social se reúnem para discutir e encaminhar questões pertinentes ao trabalho profissional na fronteira.

Como último indicativo, se coloca que as Assistentes Sociais entrevistadas se identificaram e nomearam como *Assistentes Sociais*, não havendo em nenhum caso a denominação da profissão na área da saúde como Serviço Social Clínico, tendência presente em estados como São Paulo e Rio de Janeiro resultando,

segundo Bravo; Matos (2006, p. 212), no entendimento da profissão como uma especialização das patologias médicas. Bem como, não foram identificados o exercício fora das competências do Serviço Social e a apropriação de atividades de outras profissões.

Assim sendo, apresentados os indicadores do perfil profissional das Assistentes Sociais, segue-se para a discussão da apropriação da categoria sobre a situação de usuários não residentes no Brasil, os quais recorrem aos serviços públicos de saúde deste país objetivando atender as suas necessidades de saúde.

### **3.2 PERCEPÇÕES DAS ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE A DEMANDA DE CIDADÃOS NÃO RESIDENTES POR SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Na seção anterior apresentamos dados quantitativos e qualitativos que comprovam o fato de que brasiguaios e paraguaios residentes no Paraguai realizam a travessia da fronteira e chegam aos serviços públicos de saúde brasileiros. Esta população vem ao Brasil requerer o acesso aos diversos serviços e ações em saúde, mas não somente nesta área, conforme relatos das Assistentes Sociais entrevistadas.

As mesmas são unânimes ao afirmar que este fluxo é significativo na faixa de fronteira estudada, com predominância de palavras afirmativas, tais como: bastante; com certeza; sim, visivelmente; muito; diariamente.

As profissionais demonstram que a experiência diária de trabalho em município fronteiriço, possibilitou a apreensão concreta da realidade local. Expondo detalhes referentes à dinâmica deste fluxo, estabelecendo as causas e motivos, na compreensão destas profissionais, para que esta população recorra ao SUS.

O acesso aos serviços e ações em saúde nos municípios pesquisados, de forma gratuita, por intermédio da estrutura formal do SUS, exige determinados procedimentos administrativos burocráticos, conforme já exposto. Por exemplo, a exigência do Cartão SUS<sup>47</sup> do usuário e de comprovante de residência para o

---

<sup>47</sup> O Cartão Nacional de Saúde, chamado Cartão SUS, é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de

mesmo acessar o Sistema. Nestes municípios de fronteira identificou-se a questão legal de documentação ainda como um empecilho para o cidadão não residente, o qual recorre a práticas ilegais para ser atendido gratuitamente no Brasil.

Esta situação de não posse de documentação brasileira é assim colocada pelas Assistentes Sociais tratando do município no qual atuam.

[...] 90% vem sem a documentação, então ali já é o primeiro empecilho pro serviço, porque tudo precisa de documentos brasileiros [...]. (AS02).

[...] eles vêm sem documentação nenhuma, como aquele nascido de parteira realmente do Paraguai. Então eles vêm aqui sem nada, ai a gente não consegue às vezes nem encaminhar o Cartão do SUS... a gente consegue atender no Posto de Saúde, mas não consegue levar eles pra fora quando é uma doença mais grave, porque precisa o Cartão SUS [...] eles não vêm com uma doença simples, eles já vêm com uma coisa mais avançada, então que precise não só ficar aqui no Posto, já sai pra frente, só que o ponto de partida é o Posto de Saúde, eles não conseguem ir pra um outro lugar sem ter o encaminhamento aqui e há dificuldade de não ter documentos [...]. (AS03).

A incerteza do atendimento nos serviços brasileiros e a negação deste quando em caso do cidadão residente no Paraguai não possuir documentação brasileira, são fatores contribuintes para a realização de práticas ilegais, tais como as descritas pelas Assistentes Sociais,

[...] muitas vezes eles vêm lá do Paraguai pra serem atendidos aqui, muitas vezes eles também apresentam, por exemplo, falsos documentos que comprovam em primeira instância que eles moram aqui ou eles vêm de lá e ficam na casa de alguma família e daí apresenta a conta de água, a conta de luz dessa pessoa da família que ele vai ficar. (AS01).

É recorrente o fato destes cidadãos se utilizarem de moradia de parentes e/ou de amigos residentes em municípios brasileiros por tempo determinado, até a concretização do acesso ao sistema público de saúde. Sendo que as práticas ilegais são mais freqüentes quando em situação de necessidade de serviços em nível de

---

cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. Foi a partir desses cadastros, que usuários do SUS e profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=944](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=944)>. Acesso em março de 2008.

complexidade maior do que aquele ofertado pelo município. E considerando que estamos tratando de municípios pequenos esta situação se agrava.

Eles dão o endereço do município, só que aqui como ainda é um município pequeno, a gente conhece as pessoas que moram, então geralmente quando que eles vêm, dão o endereço de algum familiar, e com o decorrer do atendimento que eles falam “não faz um mês que eu vim pra cá, ou faz uma semana”. [...] porque eles têm medo de não serem atendidos, então eles omitem, dão um jeitinho de comprovar residência. (AS04).

[...] a maioria dá o endereço de algum parente. (AS05).

[...] eles normalmente têm um vínculo já com alguém daqui, um parente ou um amigo, onde eles estão comprovando já que moram por aqui ou que pelo menos passam dois, três meses, e nós também não temos como discutir isso [...]. (AS06).

A AS07 cita o exemplo de casos de pacientes vindos do Paraguai atendidos no município em que atua, nos quais a ausência de documentação é um favor impeditivo para que estes acessem o direito à saúde. Nestes casos a ausência de um direito, a de ter documentação legal, restringe os demais direitos dependentes desse primeiro.

[...] eu sei de casos de atendimentos, por exemplo, que vieram no Plantão, de paraguaios que vieram foram atendidos no plantão, foram transferidos pra emergência em outra cidade pro atendimento de média e alta complexidade, Londrina, Curitiba, que depois as famílias não tiveram como continuar dando encaminhamento. Porque eles não tinham documentos e porque a maioria dos paraguaios ou brasiguaios também têm esse problema de não ter documentação, então assim, pra você viabilizar um documento é demorado. O atendimento é imediato e eles acabam perdendo esse direito por isso. (AS07).

As usuárias gestantes são apontadas como as que inúmeras vezes realizam as práticas descritas. Chegam aos municípios brasileiros com a prioridade de realizar o parto em território brasileiro para que aqui seja feito o registro de nascimento da criança, adquirindo, assim, a cidadania brasileira e podendo fazer o uso dos direitos decorrentes desta condição. A AS05 relata a situação ocorrida no município em que atua,

[...] nosso maior caso é a questão da gestante, elas engravidam passam alguns meses ainda no Paraguai, aí elas vêm e muitas vezes não fizeram o pré-natal [...]. Vão pra residir com parentes, pra daí ter acesso também. Têm muitas gestantes de lá que vêm pra cá tanto na hora do parto e muitas vezes não fizeram Pré-Natal, já vem sem um acompanhamento, então vem só para ter o bebê. (AS05).

A citada profissional reforçou esta problemática apontando os seus reflexos também nos indicadores municipais de saúde. As gestantes por não realizarem o acompanhamento necessário, através de Pré-Natal, apresentam elevado percentual de mortes de recém nascidos e demais complicações para a saúde da criança e da própria mãe devido à ausência de cuidados no período de gestação.

As profissionais AS04 e AS07 reafirmam a problemática apresentada acima,

[...] bastante gestantes que vêm do Paraguai pra cá, pra fazer o acompanhamento, geralmente ficam na casa de algum familiar aqui [...]. (AS04).

[...] quinto, sexto mês de gravidez elas vêm pra cá procurar atendimento, aí vêm às complicações, a falta de documento. Teve um caso de uma que se dizia brasileira, era uma moça que foi abandonada pela mãe criada por uma outra pessoa, ela não conhecia a mãe legítima dela, isso no Paraguai, aí ela sabia dessa história, mas ela não tinha nenhum documento que comprovasse a existência dela. O caso foi encaminhado pra Promotoria Pública, a Promotoria Pública encaminhou pra Assessoria Jurídica e lá também nenhuma notícia do encaminhamento do Estado. Porque a Promotoria ficou assim: “não tem nenhum documento que prove que você existe, então como é que eu vou fazer uma segunda via, ou pedir um documento” [...]. (AS07).

Ficou claro que a ausência de documentação brasileira é, conforme relato das Assistentes Sociais, utilizada como uma barreira irrevogável, em que cabe somente ao cidadão se responsabilizar por esta situação. Sem possuir um número de registro ou de cadastro de pessoa física, o cidadão não existe para o SUS, e sendo assim não é possível que este o acesse. Neste impasse os cidadãos não residentes têm podido contar com as profissionais de Serviço Social, na defesa de seus direitos.

A situação de não acesso por ausência de documentação já havia sido afirmada pelos Secretários Municipais de Saúde dos seis municípios pesquisados (HELLMANN, 2005). Agora, é reforçada pelas Assistentes Sociais como demanda apresentada ao Serviço Social, as mesmas para além das preocupações de ordem



financeira mostraram preocupação com a vida humana, independente da nacionalidade ou do território onde viva o usuário.

As profissionais afirmam ser significativo o fluxo da população em questão para os municípios brasileiros em que trabalham, porém as mesmas reconhecem que não há como se certificar do número desses usuários atendidos. Devido as estratégias utilizadas por estes para acessar os serviços como se residissem no Brasil, e ainda, a inexistência e/ou precariedade das formas de registro dos atendimentos nos serviços de saúde.

[...] acabam omitindo esta informação, tendo em vista que os atendimentos são para os moradores domiciliados no município. (AS08).

[...] eles mentem pra gente, e a gente corre atrás e quando chegam na hora eles depois de cinco meses chegam e falam a verdade pra você: “Ah, não, mas aconteceu tal situação e na verdade eu moro no Paraguai”, e teu trabalho de cinco meses foi por água abaixo. (AS03).

[...] na verdade quando a pessoa vem pra cá, ela não nos fala que ela é do Paraguai. Na verdade não aparece que a pessoa não mora, eles sempre têm alguma maneira de comprovar isso ou são pessoas que têm algum vínculo, ou eles alugam uma casa, têm um contrato de aluguel. O usuário dá um jeito de comprovar a residência dele. (AS04).

Foi identificada em 01 (um) município brasileiro estratégia mais contundente da gestão municipal a fim de reduzir o número de atendimentos a usuários não residentes que faziam o uso de estratégias ilegais a fim de acessar o SUS, segundo relato abaixo,

As pessoas pegavam comprovante de endereço de outras pessoas, falavam que estavam morando lá. Agora não, o comprovante de endereço tem que estar no nome da pessoa, e isso também é complicado porque às vezes têm cinco pessoas numa casa, o comprovante de endereço está no nome de uma. (AS07).

Assim, os obstáculos que se localizam na falta de documentos que comprovem a cidadania brasileira, sinalizam a urgência de políticas que dêem sustentação efetiva aos processos de integração no setor de saúde. (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007b, p. S232). Está evidente que o uso de práticas ilegais

em municípios como estes, requer dos países a formulação de iniciativas concretas para a resolução deste problema que perpassam por políticas comuns, tendo em vista que este não é exclusivo dos Estados do Brasil e do Paraguai, mas também recorrente nas fronteiras de outros países.

Da mesma maneira se faz importante colocar que o acesso ao SUS via práticas ilegais não contribui para a visibilidade da problemática de cidadãos não residentes, pois muitas vezes acessam ações e serviços de saúde como se fossem residentes. Desta maneira, a situação não é posta em debate público e não adquire visibilidade política.

Outra estratégia aproveitada pela população fronteiriça se refere ao acesso através de situações de emergência, isto é, estes “[...] utilizam estratégias arriscadas para acesso ao sistema como, por exemplo, aguardar o agravamento da doença para o ingresso como emergência, quando o atendimento é sempre realizado.”. (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007b, p. S234).

Ao pesquisar a intervenção do Serviço Social no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu-PR, Silva (2006, p. 148) identificou estas mesmas estratégias ilegais utilizados pelos brasiguaios. Este fato foi considerado pela autora como mais uma particularidade da ação profissional na fronteira, exigindo do profissional o antagônico enfrentamento da questão com base nas necessidades dessa população, dentro dos critérios da legislação brasileira.

Entendemos as práticas supracitadas como corriqueiras na região estudada, caracterizando-se como estratégias de sobrevivência, das quais cidadãos não residentes se utilizam para atender as suas necessidades de saúde.

O conjunto de circunstâncias exposto acima demonstra duas ordens de fenômeno. Primeiro, os municípios brasileiros de fronteira possuem recursos financeiros, humanos e estruturais insuficientes para atender a população não residente vinda do Paraguai. Esta situação faz com que os gestores municipais da saúde assumam postura de racionalização dos atendimentos e serviços. Segundo, cidadãos têm seus direitos humanos violados porque a cidadania é atrelada ao território e a nacionalidade do usuário.

Desta forma, conclui-se que as necessidades dessa população se confrontam com a forma de organização do SUS<sup>48</sup>, o qual não tem o princípio da universalidade efetivado.

Neste contexto o Serviço Social se encontra entre os objetivos da instituição empregadora e o atendimento das necessidades dos usuários. Verificou-se que os próprios Assistentes Sociais buscam encaminhar benefícios e acesso aos serviços identificando os usuários como residentes, mesmo sabendo que estes residem no Paraguai. Esta também é uma estratégia das profissionais a fim de viabilizar aquilo que consideram direito de todos. Por este fato as Assistentes Sociais entrevistadas se referem ao trabalho na fronteira utilizando recorridas vezes as frases: “é uma questão complicada”; “é uma dificuldade muito grande”.

Mas como supramencionado a população não residente busca não apenas serviços e ações em saúde, mas também aqueles que envolvem a política de assistência social e de educação. Dados qualitativos desta pesquisa atribuem a isso além da proximidade geográfica da fronteira, o fato de que esta população flutuante passa a residir temporariamente no Brasil, a fim de realizar tratamentos de saúde e sem trabalho acaba por necessitar de benefícios sociais de caráter emergencial como cesta básica, por exemplo.

[...] eles vêm primeiro buscar a saúde, o que acontece logo em seguida eles não pagam aluguel, não conseguem nada de emprego e estão aqui na Ação Social [...]. Além da saúde tanto como na área da assistência, a maioria das pessoas que vêm pra cá procurar a assistência eles vieram por algum motivo, geralmente de saúde. (AS02).

Através do vínculo das Assistentes Sociais com a assistência social - relembro, das 08 (oito) profissionais entrevistadas 05 (cinco) atuam na saúde e na assistência, e 01 (uma) atua apenas nesta última área - identificou-se que os usuários não residentes demandantes de ações e serviços de saúde, da mesma forma recorrem a outras políticas setoriais.

Na área de assistência social é muito freqüente o atendimento de brasiguaios que vêm residir no município e procuram assistência com

---

48 No ponto 3.3.1 desta seção voltaremos a tratar da questão da ausência de documentação brasileira de cidadãos não residentes, quando se apresentará a atuação do Serviço Social no encaminhamento de documentos legais que incluam estes cidadãos no Sistema de Saúde brasileiro.

documentação, auxílio alimentação, entre outros benefícios disponibilizados no município. (AS08).

A procura também ocorre na área da educação, com demanda para vagas em escolas públicas municipais. Demarca-se nas falas a seguir,

[...] é muito perto por causa da bolsa, então chega épocas escolares, vem muita criança nova, geralmente os avôs moram no Brasil, eles mandam os filhos pra estudar. Então eles ficam morando com os avós, então os avós vêm em busca de ajuda porque poucos pais também auxiliam nessas despesas. Então nessa hora cresce muito o PETI, e a gente vê que 50% das crianças que se conheçam é a avó quem cuida geralmente porque os pais residem no Paraguai, e eles só vêm pro Brasil exatamente quando é atendimento de saúde, ou educação, ou assistência. (AS02).

[...] e não é só a saúde, tem a parte da assistência social específica que também precisa atender eles, tem a parte da educação que também precisa, não é só um setor do município que é utilizado por essas pessoas. (AS04).

[...] a gente atende muito pela assistência social, que é a questão da documentação, principalmente de crianças, porque muitos deles os pais residem no Paraguai e as crianças vêm morar com parentes pra freqüentar a escola. Também acabam sendo atendidos pela saúde, pela assistência, pela educação, ou pelas entidades. (AS05).

E ainda foram identificados casos em que usuários não residentes ao entrarem para a terceira idade retornam para o Brasil, já que no Paraguai estes não contribuía para nenhuma forma de previdência social. No Brasil vêm no Benefício de Prestação Continuada<sup>49</sup> (BPC) uma forma de renda nesta fase da vida em que trabalhar tornou-se difícil.

[...] uns dois anos pra cá foi ficando cada vez mais freqüente a procura. Tanto por estudos sociais, assim é pra LOAS, que é a 8.742, têm pessoas que não atingiram os 65 anos, bastante pessoas vieram: “Ah eu morava no Paraguai, agora eu estou aqui”. Vieram pra buscar atendimento de saúde, já vem pra algum benefício mais [...] (AS02).

---

<sup>49</sup> A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) institui benefícios assistenciais não contributivos como responsabilidade da assistência social e da União. Dentre estes encontra-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido como direito da pessoa idosa com 65 anos ou mais, e a pessoa com deficiência incapacitante, que não tenha meios de prover sua subsistência e nem tê-la provida por sua família. (SIMÕES, 2007, p. 298-301).

[...] muitos idosos que depois de passarem dos 65 anos, principalmente por causa da lei da LOAS do Benefício de Prestação Continuada, eles lá não conseguem se aposentar, aqui eles não têm contribuição, então eles passam a residirem, vêm pra cá. [...]. E quando a gente precisa fazer a revisão dos benefícios, tem que estar procurando: Onde está o idoso? Onde está que não encontra? Então sabe que ele continua morando lá no Paraguai, ele só veio encaminhar o Benefício. (AS05).

Os relatos acima são reforçados pelas informações apresentadas por García (2007, p. 191). Esta autora afirma que a proteção previdenciária paraguaia é limitada, pois em média 21% da população com 60 (sessenta) anos ou mais recebe algum benefício. Além de que, esta é uma porcentagem estável, já que em 1995 era de 23.4%, representando que a ampliação da cobertura não tem sido um fator trabalhado no país.

Neste sentido, identificamos que os usuários não residentes no Brasil que circulam pelos serviços públicos de saúde por vezes também procuram outras políticas setoriais, com é o caso das que as Assistentes Sociais realizam seus processos interventivos, a assistência e a educação.

Também ficou claro que ao buscar o Brasil esta população, nas diferentes áreas a que recorre, apresenta a mesma situação recorrente, o não acesso aos direitos sociais no país em que reside. Fato que acentua as disparidades existentes entre Brasil e Paraguai no campo dos direitos de cidadania.

As Assistentes Sociais atribuíram a ausência de trabalho e condições de pobreza como fatores que levam esta população a transitar pela fronteira. Ausência de trabalho que motiva a ida para o Paraguai, já que lá a exigência por qualificação profissional é menor; e a condição de pobreza com acesso precário aos mínimos sociais, que motiva o fluxo de fronteira na busca pelo atendimento gratuito. Desta forma, as profissionais desvendam o aparente, revelando o que está oculto no “problema” apresentado por estes usuários.

[...] o brasileiro não tem serviço aqui no Brasil e a opção é ir pro Paraguai que daí é mais fácil também dele encontrar emprego. (AS01).

[...] a maioria das pessoas que vêm procurar o atendimento, os brasiguaios, eles são de condições financeiras baixas, pouca escolaridade. (AS04).

[...] muitas vezes eles são de baixa renda mesmo, que não têm condições de pagar um atendimento lá. (AS05).

Em contrapartida, foi identificada a compreensão de apenas uma profissional que difere das demais. A mesma, coloca que os usuários procuram os serviços públicos brasileiros porque aqui conseguem acessar uma série de benefícios e atendimentos de forma gratuita.

Muitas pessoas que a gente atende, muitos comentam isso, que ele vem exatamente porque aqui ele ganha tudo, eles falam... o médico geralmente já dá a receita médica que ele sabe que tem na “farmacinha” aqui do município, dali ele já passa na farmácia ou já recebe dentro do próprio hospital. Então grande parte do atendimento acontece ali, tem exame básico, de sangue, anemia, tudo no próprio 24 horas realiza esses exames. Eles vêm pra cumprir com esse atendimento, ganham tudo, e depois logo em seguida retornam pro Paraguai. (AS02).

Assim, na percepção da AS02 a razão para a vinda desta população está no acesso fácil às diversas ações e serviços de saúde ofertados pelo município. Mas, conforme apontado no decorrer desta seção, aos usuários não residentes o acesso ao SUS não é facilitado, para isso os mesmo se utilizam de estratégias ilegais e por vezes arriscadas.

Giovanella et. al. (2007a, p. 263-264) aponta que na falta de legislação específica para atendimentos a estrangeiros, e paradoxalmente, uma melhor organização do sistema de saúde municipal, envolvendo como, por exemplo, a implementação do Cartão SUS, pode dificultar o atendimento aos estrangeiros ao organizar a demanda e restringir o atendimento aos usuários cadastrados. Da mesma forma, a inexistência de regras para a atenção do lado brasileiro favorece decisões pessoais dos gestores e profissionais de saúde, fazendo com que usuários não-brasileiros permaneçam em incerteza constante quanto ao tipo de atendimento que receberão.

Diante do panorama apresentado acerca da percepção das profissionais entrevistadas sobre o acesso de cidadãos não residentes aos serviços públicos de saúde do Brasil, resgata-se a seguir as ações profissionais do Serviço Social junto a esta população fronteiriça.

### **3.3 AS AÇÕES PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS REALIZADAS COM USUÁRIOS NÃO RESIDENTES NO BRASIL**

A questão central colocada neste item identifica as principais demandas de cidadãos não residentes no Brasil no campo das competências do Serviço Social. Com isso, serão descritas as ações realizadas pelas Assistentes Sociais entrevistadas junto a referida população, pontuadas conforme foram relatadas pelas profissionais.

Iniciamos colocando a forma geral e abrangente com que as ações profissionais foram expressas, conforme exemplificado pela profissional citada abaixo,

A ação do Serviço Social dentro da Secretaria ela é bem abrangente, então assim tudo que você vai nos outros setores e eles por não resolver acaba falando: 'Vai lá falar com a Assistente Social'. [...] o Serviço Social dentro da Secretaria de Saúde ele tem essa diversa função de estar atuando, intervindo, encaminhando, de tudo. (AS01).

Tal abrangência, na narrativa das Assistentes Sociais sobre as atividades profissionais desenvolvidas, dificultou a separação dessas ações em eixos específicas de análise. Mas, apesar disso, foi possível dividi-las metodologicamente entre ações imediatas e mediatas, pois, conforme identificou Vasconcelos (2006a), em sua pesquisa junto a uma Secretaria Municipal de Saúde, o Serviço Social segue uma lógica quase padronizada de organização do trabalho,

[..] independente do tipo de unidade de saúde, das diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os assistentes sociais da SMS seguem uma lógica de organização do trabalho – estratégia de ação – que pode ser percebida nas ações mais ou menos padronizadas que realizam, tanto no conjunto das equipes profissionais quanto individuais. (VASCONCELOS, 2006a, p. 160).

Antes de apresentarmos as ações, três observações merecem atenção: na totalidade dos casos relatados, de usuários não residentes que chegam ao Serviço Social, estes vêm espontaneamente aos serviços de saúde do país; não são as

Assistentes Sociais os profissionais de saúde com quem os usuários não residentes fazem o primeiro contato; e a pesquisa de campo nos apresentou uma nova situação, a de brasileiros que residiam no Paraguai, mas retornaram aos municípios brasileiros de fronteira para morar, também requisitando ações do Serviço Social.

Quanto à primeira, na região de fronteira escrutada não foram identificadas situações em que houvesse encaminhamento formal, e nem informal, de usuários do Paraguai para os serviços brasileiros. Isto torna evidente a deficiência de diálogo e de acordos institucionais entre os serviços públicos de saúde do Brasil e os do Paraguai.

Da mesma maneira, verificou-se a inexistência de diálogo entre Assistentes Sociais brasileiras e paraguaias, pois, as profissionais entrevistadas, atuantes diretamente no espaço fronteiriço, não tinham sequer conhecimento da existência ou não de profissionais desta categoria em municípios paraguaios de fronteira.

É importante lembrar que em âmbito internacional, o Serviço Social do Brasil e do Paraguai integram, juntamente com o da Argentina e do Uruguai, o *Comitê Mercosul de Organizações Profissionais de Serviço Social*, criado formalmente em 14 de março de 1996<sup>50</sup>. Dentre os seus objetivos salienta-se a promoção no Serviço Social latino-americano de um exercício profissional competente teórica e tecnicamente, e comprometido ética e politicamente com as demandas sociais, garantindo a efetivação dos direitos humanos.

Além de que o Comitê propugna para o Mercosul a defesa e concretização dos direitos humanos, os sociais, civis, políticos, culturais e econômicos; a ampliação da responsabilidade do Estado em dar respostas à “questão social” mediante políticas sociais universais, com a participação da sociedade; ampliação da pauta de integração do Mercosul a fim de incluir também as questões sociais e culturais; dentre outras proposições. (CFESS, 2006, p. 10-12).

Conforme explicitado, a articulação entre as associações profissionais dos países mencionados já se encontra em patamar elevado, com objetivos e propostas de ação condizentes com as reais necessidades do Mercosul. Todavia, ainda é incipiente a articulação entre os profissionais de campo brasileiros e os de outro país integrante do Mercosul. Vide o exemplo do caso aqui estudado, em que mesmo entre as Assistentes Sociais inseridas numa região de fronteira, localizada próxima

---

<sup>50</sup> O Comitê é resultado da articulação mantida desde 1992 entre Associações e Federações Nacionais de Assistentes Sociais da Argentina, do Brasil e do Uruguai. (CFESS, 2006, p. 10).



ao Paraguai, não há contato/integração com os profissionais de Serviço Social do lado paraguaio.

Mas, também é preciso expor que tal integração será facilitada na medida em que as organizações profissionais propiciarem condições concretas para tanto, como exemplo a divulgação dos encaminhamentos realizados até o momento e organização de fóruns de debates regionais nas fronteiras.

Então, é preciso tomar o *Comitê Mercosul de Organizações Profissionais de Serviço Social* como um espaço em construção permanente, no qual a sua intervenção deve transcender as instâncias representativas chegando ao conjunto da categoria nos diferentes países. Esta integração se faz de grande valia porque possibilita que estes profissionais possam lutar conjuntamente pela garantia e ampliação dos direitos de cidadania.

No caso aqui investigado, defende-se a articulação entre os profissionais brasileiros e os paraguaios como algo necessário no encaminhamento de questões relacionadas ao atendimento de usuários não residentes, na perspectiva de defesa de que a saúde é um direito humano e enquanto tal deve ser assegurado a todos.

A segunda observação se refere ao fato de que ao procurar atendimento público de saúde no Brasil estes usuários são primeiramente atendidos por outros profissionais, na maioria das vezes atendentes de recepção ou Enfermeiros (as). Os mesmos são encaminhados ao Serviço Social, por profissionais dos serviços públicos brasileiros, somente em algumas situações, majoritariamente quando em caso de ausência de documentação brasileira. Ou ainda, quando em situações como as descritas abaixo,

Geralmente eles procuram os Postos de Saúde, Centro de Saúde, então dependendo do caso lá detectado que necessita da atuação do Serviço Social, as profissionais do Posto de Saúde, Centro de Saúde encaminham pra mim. (AS04).

[...] só se tiver algum caso assim excepcional daí sim, um caso que tem que ser avaliado, alguma coisa assim, que não vá dentro dos critérios de uma emergência. Mas normalmente já é atendido pela Unidade mesmo. (AS06).

Nesta perspectiva, se percebe que muitas vezes a população não residente não tem contato com o Serviço Social. Para que isto ocorra contribui o fato da maioria das profissionais atuarem com baixa carga horária destinada ao trabalho

nestes serviços, e ainda, estarem alojadas dentro das Secretarias Municipais de Saúde e não nas Unidades de Saúde, as quais a população recorre. O exposto se confirma com a fala abaixo,

[...] dentro de uma sala, nos atendimentos, nos auxílios, quase que bitolada lá, você não tem muito acesso [...]. (AS06).

A terceira e última observação a ser realizada, diz respeito a uma nova situação com a qual nos deparamos ao realizar a pesquisa de campo, a de brasileiros que moravam no Paraguai e que voltaram a fixar residência no Brasil.

São usuários demandantes da intervenção do Serviço Social por não possuírem documentação brasileira e nem comprovantes de residência, portanto, não tendo acesso aos seus direitos, mesmo sendo residentes no país.

[...] são brasileiros que vão pro Paraguai quando crianças, e não providenciam documento lá e não têm documento aqui. (AS07).

[...] as pessoas atendidas geralmente são ex-moradores do município, que foram “fazer a vida” no país vizinho, mas depois de certo tempo acabam voltando, a maioria vem para residir mesmo [...]. (AS08).

Segundo relataram as Assistentes Sociais, são famílias de condição sócio-econômica precária, geralmente com filhos, que retornaram ao Brasil devido ao fato de terem perdido o emprego no Paraguai, sobretudo, por razão da mecanização da agricultura paraguaia, assim como expõe a AS07.

[...] uns que estão vindo pra cá residir no Brasil são os que estão extremamente pobres, eles trabalhavam em propriedades e agora com a mecanização geral da agricultura, eles não têm serviço. São famílias com cinco, seis filhos, sem documento, que não tiverem nada, só trabalhavam de diária, eles estão vindo pra cá [...]. (AS07).

Outros motivos apontados para o retorno destes brasileiros é a questão da busca de estudo para os filhos, ou ainda, de idosos que por não conseguirem se aposentar no Paraguai vêm no BPC a possibilidade de garantir uma renda na velhice.

[...] geralmente mandam os filhos ou retornam por causa dos estudos dos filhos. Em busca de uma assistência melhor, até porque

geralmente, quando no Paraguai você vê que está bem de safra não tem tanta essa imigração [...]. (AS02).

[...] também nós temos uma grande demanda de brasileiros que residiam no Paraguai e agora estão retornando, principalmente idosos, muitos idosos que depois de passarem dos 65 anos, principalmente por causa da lei da LOAS do Benefício de Prestação Continuada, aí eles lá não conseguem se aposentar, aqui eles não têm contribuição, então eles passam a residirem. (AS05).

As situações apresentadas pelas Assistentes Sociais retratam a vulnerabilidade social a que estes cidadãos estão expostos, para a qual a intervenção do Estado se faz necessária na viabilização dos mínimos sociais.

Concluídas as três observações necessárias para a continuidade da análise, avança-se para a exposição das ações realizadas pelas 08 (oito) Assistentes Sociais entrevistadas, divididas metodologicamente em ações de caráter imediato e de caráter mediato.

### **3.3.1 As ações profissionais imediatas**

O objetivo aqui presente é de caracterizar as ações profissionais desenvolvidas tendo os não residentes como público-alvo. Apresentam-se então as de caráter imediato, em referência àquelas que inserem o usuário na rotina institucional, em recursos internos ou externos aos serviços de saúde. Ou seja, aqueles procedimentos que exigem atuação mais ligeira por envolver violação ou ameaça de violação de direitos.

Não foram identificadas ações específicas para trabalhar com a população não residente, que tivessem sido pensadas para este público-alvo, conforme comprovam as falas abaixo,

[...] a gente não ter nada específico pra trabalhar com eles, a gente acaba tendo com eles o atendimento que a gente tem com os todos os nossos demais usuários. (AS02).

[...] devido a falta de profissional a gente realmente não consegue ter um atendimento tão amplo, então a gente não consegue ter um atendimento específico [...] (AS03).

Portanto, as ações realizadas são as mesmas destinadas a cidadãos residentes, isto quando as profissionais conseguem inserir os não residentes. Concentram-se enquanto:

- Confecção de documentação brasileira;
- Seleção sócio-econômica;
- Visitas domiciliares;
- Acesso aos serviços sociais ofertados pelo município;
- Informação e orientação.

É facilmente perceptível que o caso mais demandante de atuação das Assistentes Sociais com usuários não residentes é o encaminhamento para *confecção de documentação* brasileira. Isto devido ao fato que as estratégias políticas propostas pelo Ministério da Saúde, como SIS-Fronteiras e o Pacto pela Saúde, ainda não tiveram resultados para o direcionamento da política de saúde nesta região de fronteira. Situação na qual o não residente continua necessitando de documentação para acessar as ações e serviços de saúde.

Ao chegar ao serviço público brasileiro e havendo constatação da ausência de documentação, o usuário não residente é encaminhado para o Serviço Social, o qual trata de providenciar os documentos por meio de: encaminhamento do usuário adulto para a Secretaria de Assistência Social ou para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); contato com o Conselho Tutelar para custeio do documento quando em caso de criança ou adolescente.

Quanto se refere à criança (até doze anos), o procedimento é mais ágil, sobretudo, porque sem documento a criança não consegue matricular-se na rede de ensino. Mas, em relação a adolescentes e adultos o processo é vagaroso e se agrava quando o custo pelo documento não é arcado com recurso municipal.

Quando é criança principalmente é mais fácil de a gente conseguir, através do Conselho Tutelar, ainda a gente consegue muita coisa gratuito. Quando é adulto tem custos, normalmente são pessoas muito pobres também, então a gente precisa ainda ter um auxílio nesse sentido, porque eles não conseguem também conseguir o próprio documento [...]. (AS03).

[...] esse processo da regularização da documentação demora, tem um certo tramite até ficar pronto e tem despesas, tem taxas... se a criança tem menos de doze anos não tem despesas, mas se é um adulto, já um adolescente, já tem despesas [...]. (AS04).

Mas, quando em caso de adultos as Assistentes Sociais tentam viabilizar o custo da confecção dos documentos junto à Secretaria de Assistência Social e/ou CRAS e/ou programas municipais específicos.

[...] a Prefeitura através dos seus programas gratuitos de documentação acaba até pagando o documento. (AS05).

As Assistentes Sociais relatam que em diversos casos os usuários não têm condições econômicas de arcar com o custo da documentação, sem a qual os mesmos permanecem sem acessar os serviços de saúde. Desta forma, as profissionais intervêm para assegurar a totalidade, ou parte, do pagamento através da Prefeitura Municipal.

Mas, trata-se de um processo lento, conforme mostra a AS07,

[...] qualquer confecção de documentos só vai ser no “Paraná em Ação”, então qualquer emergência a nível de saúde que eu encaminho lá, por exemplo, se precisa de CPF, eles falam que vai ter que aguardar até vir o documento [...]. O que eu estou fazendo é encaminhando um documento oficial, porque antes, em algumas ações dava pra fazer contato verbal, de Secretaria pra Secretaria pra resolver, agora eu estou usando mais documental, que é via memorando ou parecer na mão do cidadão pra encaminhar. (AS07).

Diante da morosidade para a vinda do documento, com o qual o usuário acessa ao SUS de forma legal, e diante da necessidade imediata de alcançar este acesso, o mesmo é levado a recorrer a práticas ilegais, como a apresentação de documentos falsos, já exposto anteriormente.

A fala acima da AS07 também demonstra uma estratégia utilizada nestes casos, a de entregar para o usuário um memorando ou parecer atestando a necessidade da confecção dos documentos brasileiros. Isto para tentar tornar o processo mais ágil e para informar o usuário acerca de seus direitos.

Também se identificou no município em que atua a AS06, que a mesma encaminha os usuários para fazerem os documentos solicitando o acompanhamento

de um profissional da Secretaria que fala português e guarani, facilitando a comunicação e o repasse de informações,

[...] nós temos aqui um colaborador que é Agente Social e ele auxilia nós aqui na Secretaria de estar encaminhando essas pessoas que não tem nem a capacidade de ir lá, ir nos órgãos competentes, então ele direciona. (AS06).

A mesmo profissional também relata que ao identificar crianças sem documentação o Serviço Social faz contato com a Secretaria de Educação, para verificar os direitos destas.

Outra ação realizada pelas profissionais entrevistadas alude a *seleção sócio-econômica*, tendo como referência os critérios definidos nos programas e projetos que não atendem a totalidade da população. A seleção ocorre quando em casos em que concomitante ao atendimento em saúde, o usuário não residente também requer a inserção em outras políticas, sobretudo, da assistência social.

Na saúde, da mesma forma, a seleção segundo critérios de risco também ocorre, tendo em vista que os serviços não conseguem atender a totalidade da população fronteiriça. Abaixo duas falas exemplificando,

[...] estabelecer o que são prioridades, o que é risco, o que não é, e tentar encaixar essas pessoas no sistema de saúde, para que caiba no orçamento [...]. (AS01).

[...] quando a população não tem realmente condições de ter acesso, então é acionado o Serviço Social, pra realmente verificar se essa pessoa tem ou não condições econômicas. (AS05).

Para isto as Assistentes Sociais se utilizam de visitas domiciliares, quando em casos de brasiguaios que retornaram há pouco tempo para o Brasil ou em casos de usuários não residentes que estão na casa de familiares ou amigos enquanto perdurar o tratamento de saúde. Também se utilizam de estudos e entrevistas sociais, nos quais o contato direto com o usuário é de fundamental importância, para o levantamento de informações acerca das relações sócio-familiares e das condições sócio-econômicas.

Em outro município a Assistente Social definiu como critério para os atendimentos que as famílias que possuem criança têm prioridade,

[...] geralmente dá preferência pra família que tem criança na casa. Então mais adulto, então aí o primeiro encaminhamento é pro CINE, que é pra encaminhamento de trabalho, documentos [...] quando é caso de criança a gente tem sempre o serviço pelo Conselho Tutelar, onde pagam todas as despesas pra providenciar os documentos. (AS02).

Nestes atendimentos se privilegia o encaminhamento de adultos para conseguir emprego, visando que esta família tenha meios de prover o seu sustento.

Quanto às *visitas domiciliares* as entrevistadas apontaram ser um instrumento aliado do profissional no levantamento de dados que só podem ser identificados no local onde o usuário reside ou está permanecendo naquele momento. Mas, são utilizadas principalmente para confirmar a residência do usuário, como ilustra a AS05, e para verificar as condições sócio-econômicas da família do (a) brasileiro(a) que voltou a morar no Brasil, como apontam a AS03 e AS02.

[...] fazer a visita, realmente confirmar, ver se reside lá, principalmente até no caso de assistência, que às vezes eles continuam residindo no Paraguai, vêm residir no parente ou alugam uma casa por um determinado tempo pra conseguir o benefício, requerer o benefício. (AS05).

[...] se a família for pela pobreza, a gente vai fazer uma visita e visualiza, a gente tenta auxiliar pelo menos com o mínimo [...]. (AS03).

[...] quando tem criança na casa, então é feito um atendimento com Conselho Tutelar algo um pouco mais específico pra tentar ajudar aquela família, aí mesmo encaminhados algum centro mais especializados de saúde, que são pra exames mais complexos [...]. (AS02).

Assim, percebe-se que a atuação do Assistente Social, para além de inserir o usuário nos serviços de saúde, busca acionar a *rede de serviços sociais* visando o acesso aos mínimos sociais, o que comprova que no geral se tratam de usuários de condição sócio-econômica precária. No entanto, na rede citada estes terão as mesmas dificuldades quanto à ausência de documentação.

Outra ação relevante para a garantia do direito à saúde da população não residente, se refere à *informação* e a *orientação*, as quais as profissionais utilizam para repassar a população não residentes os meios pelos quais podem requisitar o acesso às ações e serviços de saúde.

[...] o paciente, na verdade quando ele aceita o “não”, é porque ele está muito mal informado. Agora quando ele cai aqui na nossa sala, ele já é diferente. Ele já sabe dos direitos que ele tem e direito que não tem. [...] Não tem um paciente que a gente não tenha dado um encaminhamento pro caso [...]. Então assim, a questão da informação ela é essencial pra qualquer tipo de serviço, porque a pessoa quando ela está mais informada não aceita um “não”. (AS01).

A AS01 utiliza-se do contato com o usuário não residente para informá-lo e orientá-lo, inclusive havendo a divulgação da legislação acerca da Política Nacional de Saúde, no sentido de socializar o conhecimento e de criar uma cultura na qual os cidadãos conheçam os seus direitos e os faça valer pelos meios legais, como por exemplo, a Promotoria Pública.

A entrevistada AS07 também exemplifica a atuação do Serviço Social por meio de orientações e esclarecimentos,

[...] o que eu oriente sempre os usuários, é eles documentarem tudo, vão com uma solicitação, ter uma solicitação do Médico na mão, se passou por médico, guarda uma cópia, se entregar alguma coisa pede assinatura que entregou, porque extravio de documentação acontece muito. [...] então a gente já está orientando eles exatamente se defenderem. (AS07).

As orientações também ocorrem quando em caso de brasiguaios que retornaram para o Brasil, pois mesmo morando aqui os mesmo não conseguem acessar os serviços de saúde, já que por vezes estes não possuem documentação, nem comprovante de endereço no nome. E mais, a AS07 denuncia que no município em que atua, os serviços estão exigindo até mesmo título de eleitor para todos os usuários. Situação ilegal já que o usuário do SUS não precisa comprovar se é eleitor ou não do município.

Diante disso a profissional tem orientado a população no seguinte sentido,

A gente criou essa declaração de Presidente de bairro ou de alguém que é líder de comunidade e que pode atestar que a pessoa está residindo lá, a gente coloca o nome da pessoa, o nome de quem está declarando, e o tempo que atesta que ela está morando lá. Dando esse documento pra eles e dizendo que eles têm direito. (AS07).

Também existem os casos em que a Assistente Social necessita intervir em várias frentes para garantir o acesso da população flutuante às condições mínimas



de vida, conforme exemplificado no caso atendido pela AS07 de uma família que residia no Paraguai e retornou para o Brasil,

[...] uma brasileira que está casada com um paraguaio, que têm filhos que estão sem registro, nasceram no Paraguai. [...] Então o que a gente faz é intervir junto a Secretaria de Ação Social, porque normalmente tem a questão de pobreza extrema, então faz a visita, aborda na casa que eles estão dividindo, comprovam que estão morando lá, vê o que precisam dentro da saúde, faz o cadastro mesmo que não seja o definitivo, pra terem o atendimento, e vai encaminhando eles pras outras Secretarias, educação pra essa questão de inclusão das crianças na escola, e na maioria das vezes precisa do apoio do Conselho Tutelar, e assistência social pra questão de documentação, alimentação. (AS07).

O caso acima retrata o caso de uma família, que como tantas outras, foi em busca de uma vida com mais dignidade, e sem sucesso, retornou para o local de origem dependendo do acesso aos serviços básicos para sobreviver.

Expostas as ações desempenhadas pelas Assistentes Sociais no campo imediato, far-se-á a apresentação das ações em termos de temporalidade mediata.

### **3.3.2 As ações profissionais mediatas**

Parte-se para a apresentação das ações de caráter mediato, em referência àquelas em que o Assistente Social busca despertar o debate para a viabilização de direitos sociais, utilizando-se da articulação com outros profissionais e de espaços de mobilização política. Os princípios de liberdade, cidadania e autonomia, embasam estas ações, buscando inserir os usuários em processos de participação política e de alteração de situações emergenciais e reiterativas.

Inicia-se então colocando sobre a articulação com outros profissionais de saúde. As Assistentes Sociais foram questionadas se o acesso da população não residente às ações e serviços de saúde é discutido com os demais profissionais de saúde do seu local de trabalho. Identificamos duas situações gerais, de municípios onde existe o diálogo entre os profissionais no local de trabalho, mesmo que por meios informais; e de municípios onde este é inexistente ou restrito a alguns profissionais.

Vejamos nas falas abaixo exemplos da primeira situação,

Nós temos uma vez por mês a capacitação desses profissionais de saúde e assistência social, onde são discutidos os problemas e questões envolvendo os usuários, também tem a equipe da Saúde da Família que se reúnem, onde são levantadas essas questões. (AS04).

A gente sempre tem reuniões com profissionais, principalmente com o Saúde na Família, os agentes comunitários que tem um direto acesso com a população, então a gente tem discutido bastante essa questão [...]. (AS05).

Nos “Postinhos” que eu trabalho conversa-se sobre isso, está tendo essa discussão de brasiguaió, paraguaió. (AS07).

Por outro lado, temos exemplos da segunda situação apresentada acima,

Os profissionais serem chamados, aqui mesmo dentro da Secretaria de Saúde, a gente em equipe multidisciplinar a gente nunca foi solicitada pra sentar e discutir essa questão de como a gente vai estar encaminhando. (AS01).

A gente tem um diálogo muito freqüente sobre isso, sobre essa situação. A gente tenta buscar soluções em conjunto, enfim. [...] assim entre nós duas mesmo (Assistente Social e Secretária de Saúde). (AS03) (grifos nossos).

Dentre as discussões referentes ao atendimento de usuários não residentes, realizadas no espaço de trabalho, a fala da AS05 resume o caráter das interpretações e diferentes posições defendidas por profissional de saúde independente da categoria a qual pertence,

Têm profissionais que realmente colocam: “porque que nós temos que atender?”, que tem essa visão que realmente não vamos atender; como também têm profissionais que vêem a importância desse atendimento, porque em primeiro lugar você tem que ver que eles são seres humanos. (AS05).

Com isso queremos assinalar que o espaço de trabalho, enquanto campo de tensão pode se caracterizar como um local propício para a discussão sobre a problemática presente. O diálogo possibilita criar estratégias elaboradas a partir da realidade local, da demanda apresentada naquele espaço geográfico específico, além de coletivamente ser capaz de pressionar por respostas qualificadas. Esta prática

seguramente resultará no retrocesso de estratégias empregadas por alguns Gestores da Saúde de tomar decisões individuais nas quais o papel do profissional de saúde é meramente o de cumpridor de tarefas.

Mas, diante da lógica capitalista de controle do trabalhador, é necessário que os profissionais disponham de tempo na realização de discussões das questões locais, para isso é preciso que haja o entendimento por parte da gestão de que estes estão participando de um processo de construção do SUS nos espaços fronteiriços.

Um dos fatores que apontamos como uma possível alternativa para a inexistência de regras para o atendimento em saúde a esta população, nos municípios pesquisados, é a discussão deste assunto entre os profissionais de saúde e o fomento do debate com a sociedade civil organizada.

As Assistentes Sociais também foram questionadas quanto ao debate existente nos espaços políticos que participam. Lembrando que estas têm significativa participação em espaços político-organizativos, tal como apresentado no Gráfico 02, do item 3.1, com ênfase nos Conselhos de Direito.

As profissionais expuseram que nestes espaços é possível discutir e encaminhar questões concernentes ao atendimento de saúde aos usuários não residentes, no entanto os resultados destas discussões, e os posicionamentos presentes, são diferenciados de acordo com o município.

A profissional AS03 relatou que o atendimento de não residentes é muito discutido tanto no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, como nos Conselho de Assistência Social e de Saúde. Estes espaços propõem uma ação estratégica diante da situação apresentada no município, em que Pastores de Igrejas Evangélicas estavam trazendo brasiguaios para morar novamente no Brasil. Estes brasiguaios retornavam ao país sem qualquer documentação, o que impactava o acesso aos serviços de educação, assistência e saúde.

Assim, os Conselhos discutiram, elaboram a proposta de fazer uma reunião com os Pastores da cidade e informá-los da necessidade de orientar os brasiguaios a trazerem documentos, algo que auxilie e agilize o processo de retirada de documentação brasileira.

Essa reunião que a gente fez com os Pastores, nós fizemos entre o Conselho de Assistência, da Criança, da Saúde, daí Secretarias [...]. Porque no Conselho da Assistência Social nós temos alguns pré-requisitos de receber alguns auxílios, então tudo isso a gente quis

avisar a esses Pastores, porque as pessoas chegavam aqui um dia vinham procurar cesta básica, na saúde tem que tentar fazer o cartão SUS por causa dos encaminhamentos [...]. A gente acabou aprovando no Conselho, então precisa divulgar, informar eles, saber antes de vir de repente, é esse o principal interesse. (AS03).

Trata-se de uma ação pensada de forma coletiva como estratégia local, para viabilizar o atendimento de brasiguaios, que por razões culturais, e por vezes econômicas não apresentam documentação brasileira.

A AS06 também expõe a questão da documentação como parte das discussões apresentadas no Conselho de Saúde de sua cidade,

[...] principalmente a questão de regulamentação de documentos e a questão também de cesta básica, que daí a gente discute com o Conselho de Saúde, essas eventualidades, têm emergenciais que vêm às vezes aqui, de repente a família onde eles estão também não têm condições, estão ali tem que ser atendida. É discutido isso no Conselho e eles aprovam essa questão. (AS06).

A profissional mostra que a Conselho discute e aprova o atendimento dos usuários não residentes, mas isto quando se tratam de situações emergenciais. Em tais casos não se pode negar atendimento por um imperativo ético contido no Estatuto do Estrangeiro e nos Códigos reguladores das profissões de saúde, a qualquer pessoa, independente de sua nacionalidade ou do local onde mora.

A AS04 menciona que as discussões realizadas tanto no Conselho de Saúde, quanto no de Assistência Social revelam a postura de não realizar o atendimento à não residentes ocorrida por parte de representantes da sociedade civil,

[...] quando se tem a troca dos Conselheiros, geralmente eles são um pouco leigos, que não pode se atender. Aí então depois que você faz um esclarecimento e explica que eles são brasileiros, aí as pessoas começam a ter outra visão. Mas de início a gente percebe que a sociedade civil acha que essas pessoas não teriam o direito de serem atendidos. (AS04).

Segundo a entrevista acima a postura do setor governamental é de esclarecer, informar e realizar a defesa de que todos tenham direito ao atendimento em saúde de forma gratuita. De forma a minimizar a compreensão existente na sociedade de que os usuários não residentes estão “tirando” vaga de um munícipe.

Também a AS05 indica a postura de representantes da sociedade civil para não realizar o atendimento de usuários não residentes,

Nas conferências, então é discutido muito essa questão, principalmente na área de Saúde porque a população eles reclamam muito a questão do atendimento do brasiguaió. [...] Só que a população vive numa realidade, que eles praticamente conseguem todos os benefícios [...] no Posto de Saúde chegam lá pegam sua ficha, dificilmente falta ficha, tem o Pediatra, o Ginecologista, o Clínico Geral. Tem um vasto atendimento na Saúde, tem o PSF [...] eles têm muito essa visão aqui, até porque eles sempre tiveram bom atendimento. (AS05).

Na compreensão da profissional supracitada a sociedade se coloca contra o acesso no mesmo sentido apresentado por AS04, de que ao atender um não residente, um residente ficará sem o atendimento. Segundo AS05, porque os residentes se acostumaram a ter atendimento em um município que por ser pequeno consegue agilizar o acesso aos serviços e benefícios.

Já nos casos citados por AS01 e AS07, a postura existente no Conselho de Saúde de não viabilizar o acesso de não residentes aos serviços brasileiros, é apresentada pelo setor governamental, em contraposição ao mencionado nos municípios de AS04 e AS05.

A primeira coloca que as discussões existem e tem densidade, no entanto se restringem ao posicionamento do setor governamental de controlar o orçamento, reafirmado por AS07.

[...] no Conselho de Saúde essa questão ela é até bem discutida, mas nesse sentido de como fazer para o orçamento é “deste tamanho” a demanda é “deste tamanho”. As discussões são sempre mais de discutir o orçamento. [...] Porque o município alega essa questão orçamentária, já em contrapartida o Consulado também vê a necessidade de estar atendendo essa pessoa, está uma discussão até meio fervorosa pra poder resolver essa questão. [...] No Conselho de Saúde e em Seminários agora também pela questão da Tríplice Fronteira, essa questão ainda aumentou ainda mais essa discussão. (AS01).

[...] eu sei que teve discussões e é no sentido dessa postura administrativa mesmo, isso está claro nas reuniões do Conselho. [...] é complicado por de certa forma o Conselho ter a orientação de fazer o que a administração quer, isso acontece no município. (AS07).

Esta última profissional ainda faz a denúncia de que o Conselho de Saúde atua segundo o que o setor governamental orienta, não fazendo um meio autônomo de controle social, mas uma instância meramente formal, no cumprimento de uma exigência legal.

Declara ainda que deixou de participar do Conselho de Saúde de sua cidade, diante da pressão e dos conflitos que se estenderam para o campo de trabalho, por meio do que chamou de “perseguição”.

[...] pra discutir somos deixadas de lado. Fomos em algumas reuniões e não fomos nem um pouco bem vindas, porque a gente questiona coisas que acabam questionando as outras pessoas que estão ali e acabou acontecendo muito conflito interno de trabalho. [...] Pra conseguir fazer o trabalho que a gente acha que é certo, que está dentro da Lei, de certa forma a gente até se ateu em não participar desse Conselho pra não ter problema. Porque cada vez que a gente se dispunha a fazer uma coisa que era perfil do Serviço Social, eles inventavam outra coisa que não necessariamente tinha que ter um Assistente Social pra fazer, pra restringir nosso acesso nas outras questões. (AS07).

Fica evidente que esta profissional por ter uma posição crítica, questionadora e reivindicar os direitos da população não residente, destacou-se como um sujeito político que se contrapôs aos interesses da gestão municipal e por isto foi pressionada a não exercer o seu direito de participação. Deixar de exercer a sua participação foi uma maneira encontrada pela profissional para minimizar os conflitos políticos e conseguir realizar o seu trabalho.

Já a AS08 indicou que questões referentes aos não residentes são discutidas no Conselho de Saúde, espaço em que a mesma não participa, portanto, não podendo apontar o debate e as propostas lá existentes.

No geral, pode-se caracterizar que as discussões referentes ao acesso de não residentes ocorrem nos espaços políticos, no caso aqui apresentado restritas aos Conselhos de Direitos, sobretudo, os de Saúde. Mas, são discussões por vezes atreladas ao âmbito econômico-orçamentário e não ao social e cultural.

Estas discussões demonstram: que é preciso agora partir das discussões para o levantamento de propostas de ação; que o acesso do brasileiro aos serviços de saúde do Brasil, é uma questão que tem mais aceitabilidade, no entanto, isto não ocorre em referência ao usuário paraguaio. Portanto, o acesso à saúde continua atrelado à questão da nacionalidade do usuário.

Por fim, faz-se importante situar o compromisso do Serviço Social com os usuários dos serviços prestados nos espaços sócio-ocupacionais. Da mesma forma percebeu-se no caso aqui estudado.

Durante a realização das entrevistas chamou a atenção desta autora as inúmeras dificuldades, de ordem financeira, política e conjuntural, apontadas pelas Assistentes Sociais para efetivar direitos para a população não residente. Mas, também se destacou a preocupação demonstrada com o compromisso da profissão com os usuários de seus serviços.

Nas falas das profissionais estavam implícitos os princípios do Código de Ética dos Assistentes Sociais e o posicionamento pela defesa da saúde como um direito humano, além da recuperação de doenças. Expôs-se a insatisfação quanto ao direcionamento do direito à saúde desta população, verificada na fala abaixo,

[...] não tem aquela continuidade, não tem o caráter mesmo de saúde que é o próprio restabelecimento da saúde, recuperação, encaminhamentos. A saúde pra esses usuários fica mais como uma recuperação de doenças, só aquela coisa pontual de fazer a consulta, pensar só a doença e não pensar essa continuidade. (AS01).

Insatisfação que se faz presente na medida em que Serviço Social recusa a lógica de atrelar os direitos sociais ao âmbito orçamentário e, portanto, recusa também a insistente subordinação da política social à política econômica.

Tal compromisso pode ser verificado nas ações mencionadas acima, mas da mesma maneira, nos depoimentos em seqüência,

[...] o nosso compromisso na verdade também é com o usuário. O conceito maior é ele é um ser humano, ele não é paraguaio. O Serviço Social também prioriza a vida da pessoa independente se é brasileiro, se é paraguaio, então é uma questão complicada pra você também não ter um embate com a instituição tem que ter um jogo de cintura. (AS01).

[...] eles são brasileiros, como todos eles têm o direito [...]. Quem procurar a saúde lá, o Assistente Social, tem o direito de ser atendido. (AS04).

[...] é um direito que eles têm, universal. Porque é um ser humano e você não pode deixar jogado por aí. Apesar de que muitas vezes a gente tem que fazer um malabarismo pra poder atender. (AS05).

[...] prevalecer os direitos do cidadão, que é um direito que ele tem, é um dever também tanto do município quanto do Estado de estar provendo isso pra eles. (AS06).

Apenas uma profissional mostrou-se temerosa quanto a concretização de direitos da população não residente, pois esta pode significar a redução do atendimento dos cidadãos aqui residentes,

[...] se a gente, por exemplo, começar a todo o momento estar concedendo benefícios pras pessoas que moram em outro país, muitos nossos poderão estar sem. [...] Também achando que por eles ter vindo numa condição precária, você dá todo o atendimento pra eles, enquanto uma família nossa que já é de atendimento, de conhecimento, deixar de ser atendido. (AS02).

Mas, cabe frisar que as propostas realizadas pelo Ministério da Saúde e mesmo as de caráter internacional, como as do Mercosul, não aludem a restrição de direitos para qualquer que sejam os cidadãos, ao contrário, são postas no sentido de ampliar o acesso e de ampliar a integração regional e internacional.

### **3.3.3 O Registro das Ações e a Construção do Conhecimento na Área da Saúde**

Considerando o registro como um instrumento facilitador da sistematização das ações profissionais, propiciador da elaboração de pesquisas, análises e planejamento e avaliação, é que questionamos as Assistentes Sociais acerca da documentação das suas intervenções.

O registro destas ações supracitadas, sejam as do campo imediato ou do mediato, apresentou-se como algo ainda distante do trabalho do Serviço Social junto à população não residente. Sendo que, as entrevistadas que relataram *não realizar o registro* de suas intervenções com estes usuários, argumentaram em dois sentidos: 1. A omissão da informação de ser usuário não residente, por parte do mesmo, principalmente em razão da apresentação de comprovante de endereço de terceiro como sendo próprio. Portanto, nestes casos o registro de atendimento não demonstra o dado de que este é morador do Paraguai (AS04, AS05 e AS06); 2. Não realização da sistematização por estes serem esporádicos, já que usuários são



barrados do atendimento nos serviços de saúde, por recomendação do gestor municipal de saúde (AS07).

Dentre as entrevistadas que afirmaram *utilizar-se do registro das ações* para documentar os atendimentos aos não residentes, constataram-se três diferentes situações: 1. Existe o registro, mas esses são realizados juntamente com os demais usuários, sem considerar as especificidades de residir em município paraguaio (AS01); 2. Existência do registro somente quando em casos que envolvem a solicitação de cesta básica (AS02); 3. Realização de registro em cadastro informatizado, mas apenas quando existe a documentação brasileira, ou parte dela (AS03)<sup>51</sup>.

É necessário apontar que ao falar sobre o registro das ações profissionais, as entrevistadas se restringiram a falar do cadastramento dos usuários, não apontando relatórios, pareceres, estudos sociais, documentação em Atas, fichas individuais, e outros. Em nossa análise este dado sinaliza para o comprometimento do trabalho futuro do Serviço Social nestes espaços, pois, ao deixar o campo do trabalho o profissional leva consigo informações que não foram documentadas, e assim, tornam-se perdidas. A fala da AS05 retrata a preocupação demonstrada acima.

[...] o Assistente Social tem aquele vício de trabalhar e muitas vezes acabam não documentando, registrando, até porque muitos municípios tinham só uma Assistente Social que dá conta de toda população, de todos os programas, todas as áreas. (AS05).

O registro das intervenções agrega informações socioeconômicas e culturais que são de fundamental importância para o entendimento das condições de vida dos usuários, das variáveis que interferem no processo saúde/doença, que medeiam a ação do Assistente Social no setor saúde.

Além disso, entendemos o registro como um instrumental facilitador do processo de planejamento, por propiciar a organização do conhecimento e da compreensão da realidade social, criando estratégias de ação, isto é, norteando o pensar respostas qualificadas que tem por objetivo a alteração dos problemas apresentados pelos usuários. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 289).

O planejamento, a execução e a avaliação de pesquisas que contribuam para a análise da realidade social e para subsidiar as ações profissionais, fazem parte

---

<sup>51</sup> A AS08 não falou sobre os registros de suas ações, lembrando que a mesma não realiza atendimentos de usuários não residentes.

das competências dos Assistentes Sociais, estabelecida pelo inciso VII do Art. 4º da Lei nº 8.662/1993. Da mesma forma, o inciso XI do supracitado artigo define outra competência, a realização de estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Estes representam competências profissionais no que alude a produção de conhecimento, nas diferentes áreas de atuação dos Assistentes Sociais, tal como a da saúde, abordada neste trabalho. Produção esta comportando a possibilidade de subsidiar a atuação do profissional por meio de maior conhecimento da realidade concreta, para além de conhecimentos aparentes e imediatos. Da mesma maneira, possibilita a identificação de demandas e de problemáticas que comprovadas por intermédio de pesquisas, se tornam instrumentos na reivindicação de políticas voltadas para o atendimento das necessidades sociais dos cidadãos.

Em referência a este assunto, as Assistentes Sociais entrevistadas não citaram pesquisas e estudos sócio-econômicos como ações desenvolvidas pelo Serviço Social junto à população não residente no Brasil. As mesmas citaram o Projeto SIS-Fronteiras como exemplo de um estudo realizado nos municípios fronteiriços, em referência a Fase I do Projeto que consistiu na realização de um diagnóstico local de saúde quali-quantitativo, e na elaboração de um plano operacional - já mencionados no item 2.2.1 da seção 2.

No entanto, não houve a participação destas profissionais na elaboração do diagnóstico local e do plano operacional em nenhum dos seis municípios abrangidos por esta pesquisa, conforme ilustra a fala de AS01, “O Serviço Social não está inserido nessa pesquisa [...]” (AS01).

A AS07 avalia que a ausência do Serviço Social nas equipes que realizaram a Fase I do SIS-Fronteiras, seja em decorrência do posicionamento da profissão, na defesa do direito à saúde para todos, como um direito humano, em uma opção política da gestão municipal.

O Secretário até comunicou o setor, mas estava a cargo de uma enfermeira, que é chefe da epidemiologia, e acabou priorizado nesse setor. Então a gente viu a movimentação que teve do diagnóstico no município, mas não teve participação, até mesmo por essa questão de como o Serviço Social se posiciona. Tem a posição administrativa que é cortar ou limitar o atendimento a só os residentes, e o Serviço

Social tenta garantir o que está na lei, então na visão deles que a gente até fique de fora pra não atrapalhar o processo. (AS07).

Outra profissional, a AS05, demonstra não ter conhecimento sobre o SIS-Fronteiras por não ter participado do processo de realização da Fase I, e por não ter tido acesso ao diagnóstico elaborado no município em que trabalha. Assim como relata a AS06, revelando que não teve acesso ao documento final enviado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, responsável pelo Projeto SIS-Fronteiras.

Eu nem posso falar muito porque eu ainda não tive muito acesso. (AS05).

Porque eu não tive acesso a esse diagnostico, então eu não posso afirmar pra você como foi. (AS06).

Faz-se preciso esclarecer que os dados coletados e formulados pelos municípios para a Fase I do Projeto SIS-Fronteiras, são informações públicas, e como tal, podem ser acessadas pelo endereço eletrônico do Ministério da Saúde<sup>52</sup>. São informações que retratam a situação de saúde dos municípios em diversos âmbitos, com dados tanto quantitativos como qualitativos, coletadas por meio de entrevistas com profissionais de saúde e representantes dos Conselhos Municipais de Saúde.

Neste sentido, entende-se necessário que as profissionais entrevistadas tomem conhecimento do diagnóstico do município em que atuam, mas também dos demais municípios fronteiriços do estado do Paraná. A fim de, adquirir conhecimento acerca dos sistemas locais de saúde, do patamar de integração entre estes municípios, e antes de tudo, conhecer a realidade com a qual trabalham.

Sobre esta última colocação, concordamos com a compreensão de Yamamoto (2006, p. 188), que defende ser de suma importância o impulso às pesquisas que corroborem com o conhecimento do modo de vida da população atendida. E assim, formulem um conjunto de dados sobre as expressões da “questão social”, nos diferentes espaços ocupacionais de inserção do Assistente Social.

---

<sup>52</sup> Através do endereço eletrônico: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1228](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1228)>, é possível acessar os diagnósticos elaborados pelos municípios de fronteira, os documentos estão disponíveis na íntegra.

Cabe lembrar, que a formulação de estratégias, de projetos e/ou ações futuras, deve se basear no conhecimento rigoroso das necessidades sociais das populações atendidas. Com isso, se quer frisar o papel central da pesquisa no exercício profissional dos Assistentes Sociais, na medida em que desmistifica o aparente e fornece elementos concretos para se trabalhar com o real.

As autoras Nogueira; Mioto (2006, p. 291), reafirmam que para a definição de ações e projetos a serem realizados, produzindo conhecimento acerca das necessidades sociais dos grupos, é preciso uma leitura acurada da realidade, “[...] abordando as particularidades do real que se articulam e imprimem um nexos ao movimento do próprio real.”.

É importante colocar que o sentido com o qual estamos tratando a pesquisa, se refere aos estudos e procedimentos investigativos, em que o Assistente Social busca o seu objeto no real, localizando-o dentro das indagações que lhes são colocadas diariamente no exercício da intervenção profissional. Uma pesquisa pensada de forma concreta e comprometida, fornecendo respostas ao objeto de estudo que transcendem as abordagens unilaterais e a-históricas.

Como citado acima, as profissionais entrevistadas não citaram o planejamento, a execução e a avaliação de pesquisas, como atividades presentes em suas atuações junto à população não residente. Uma única profissional mensurou a pretensão de realizar um estudo com esta população,

[...] nós estamos tentando fazer uma pesquisa [...] a gente até propôs de saber, por exemplo, fazer um dado do perfil do paciente que se está atendendo. Existe todo um interesse, mas ainda o Serviço Social não foi chamado e já é uma proposta nossa também pra gente pesquisar esse público, pra gente ter dados também. (AS01).

Entendemos que como alunas de pós-graduação, ou já com Especialização concluída, estas profissionais deveriam estar comprometidas com a realização de pesquisas/estudos. Porém, isto não se confirmou, demonstrando que a pesquisa ainda se faz distante dos profissionais de campo.

A mesma situação foi identificada por Vasconcelos (2006b, p. 247-248), ao estudar a prática do Serviço Social na saúde. Segundo a autora, os Assistentes Sociais não realizam estudos sobre as demandas dos usuários, e nem sobre as demandas institucionais, mas, realizam ações a partir de demandas espontâneas ou dirigidas ao Serviço Social pelos profissionais de saúde.

No caso aqui investigado, devemos considerar as condições concretas que as profissionais possuem para a realização de pesquisas/estudos. Estas condições não são favoráveis, pois, faltam os meios necessários, na medida em que o cenário se apresenta da seguinte forma: as Assistentes Sociais, na maioria, possuem pouca carga horária destinada para a saúde, não havendo tempo necessário para o envolvimento com outras atividades além dos atendimentos diários à população; é reduzido o número de profissionais de Serviço Social, gerando um acúmulo de funções, e em diferentes políticas setoriais; e ainda, as Prefeituras Municipais não contam com incentivos financeiros para a realização de pesquisas na área social.

Deste modo, entendemos que a realização de pesquisas/estudos deva ser uma reivindicação destas profissionais, para que a ação profissional não fique comprometida, enquanto ação que não se faz pensada, planejada e reflexiva.

E mais, diante da ausência de condições concretas para a realização de pesquisas/estudos que explorem a realidade na qual trabalha, o Serviço Social se mantém distante da produção de conhecimento em saúde. Ou seja, a categoria não contribui teoricamente às equipes e serviços de saúde, enquanto produtor de conhecimento, e assim, reproduz o papel de profissional subordinado.

### 3.3.4 Elementos que Facilitam e Dificultam a Ação Profissional na Fronteira

Em relação aos elementos que facilitam e os que dificultam a intervenção profissional em municípios de fronteira junto a usuários não residentes, foi demonstrada uma diversidade de opiniões, conforme sintetizado na Tabela seguinte.

TABELA 06 – Facilidades e Dificuldades na Ação Profissional.

Identificação	Facilidades	Dificuldades
AS01	Legislação (Código de Ética, LOAS); o compromisso com o usuário.	Internas; orçamentárias; de dados estatísticos; falta de acesso aos serviços de média ou alta complexidade.

<b>AS02</b>	Não apontou.	Trabalhar com uma demanda maior que a população do município; não ter programas específicos para estes.
<b>AS03</b>	Cartão SUS, faz com que tenham essa consciência de um procedimento a ser seguido.	Quanto à ausência de documentação dos usuários.
<b>AS04</b>	A partir do momento que eles têm uma confiança no profissional conseguem expor mais os seus problemas.	Ausência de assistência à saúde no Paraguai.
<b>AS05</b>	SIS-Fronteiras, vinda de recursos para o município implantar melhor atendimento a esta população.	Precariedade de recursos vindos do Governo Federal e do Estadual para atender esta população.
<b>AS06</b>	Sis-fronteiras, para dar um atendimento melhor à população e para o município elaborar políticas.	Não apontou.
<b>AS07</b>	Está se criando uma consciência dos direitos, mas é necessário regulamentar isso para a despesa não ser só do município.	População itinerante; procura de atendimento só em emergência; pouco contato do Serviço Social com esta população; ausência de contrapartida financeira do Governo Federal e Estadual.
<b>AS08</b> <sup>53</sup>	Não apontou.	Não apontou.

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

Mesmo com a diversidade demonstrada acima, é possível apontar a questão financeira como a que mais chamou à atenção das profissionais. Isto tanto no sentido de expô-la como uma dificuldade, quando em caso de ausência de recursos, como apontada enquanto um facilitador, quando falado da possibilidade de maior distribuição financeira para os municípios de fronteira, por intermédio de uma política de saúde que considere as especificidades destes espaços.

No decorrer das entrevistas por vezes o Projeto SIS-Fronteiras foi apontado como uma facilidade e um avanço para os municípios, no entanto sendo pensado em uma perspectiva futura, já que até o momento não existem resultados concretos para os sistemas de saúde das cidades pesquisadas.

A autora desta Dissertação também observou outra dificuldade apontada pelas profissionais no decorrer das entrevistas, a de enfrentamento perante o posicionamento de Gestores e/ou profissionais de saúde de outras categorias, que

<sup>53</sup> A AS08 não apontou elementos facilitadores e dificultadores da ação, lembrando que a mesma não atua na saúde nem realiza atendimentos de usuários não residentes.

pensam a saúde somente no âmbito orçamentário. Pois, estas por vezes se sentem “sozinhas” na luta pelo direito à saúde além dos limites fronteiriços.

Da mesma forma identificou-se a dificuldade quanto ao entendimento dos outros profissionais sobre a profissão de Serviço Social, ainda confundida com a figura de *uma mulher boazinha*, o que faz com que estas profissionais estejam constantemente reafirmando o seu trabalho na área da saúde; e deficiências quanto as condições precárias de trabalho, como a ausência de sala individual para atendimento e de carro para a realização de visitas domiciliares, ou ainda em relação a baixa carga horária de trabalho na saúde, conforme menciona a AS06,

[...] estou lá só uma vez por semana, então não consigo vivenciar o dia-a-dia, porque naquele dia só que eu estou lá, além de eu ter os atendimentos, eu não tenho muito acesso aos corredores, pra ver quem chega, quem sai... também há essa dificuldade. (AS06).

O conjunto destas dificuldades se coloca no sentido de ampliar o leque de desafios para a profissão frente à contemporaneidade e o compromisso da categoria de reafirmar os direitos de cidadania.

### **3.4 PERCEPÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS ACERCA DA OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS À POPULAÇÃO NÃO RESIDENTE NO BRASIL**

O Serviço Social historicamente configurou a sua intervenção privilegiando o contato direto com a população usuária e o conhecimento acerca da realidade, social, econômica, cultural e familiar, na qual a mesma está inserida.

Com base neste conhecimento teórico-metodológico e nas experiências profissionais em municípios fronteiriços, as Assistentes Sociais avaliaram quais foram os avanços conquistados e quais os retrocessos nos municípios no que alude a oferta de ações e serviços à população não residente.

A Tabela 07 apresenta a sistematização das respostas apresentadas pelas profissionais entrevistadas.

TABELA 07 – Avanços e Retrocessos Quanto ao Atendimento de Não Residentes.

Identificação	Avanços	Retrocessos
<b>AS01</b>	O Serviço Social é um ganho pra essa população [...]. Porque alguns atendimentos são efetivados pela intervenção do Serviço Social.	O município é mais preocupado com o ressarcimento do que pensar a política de saúde universal, além dessa recuperação da saúde. São mais preocupados com o orçamento e de como vão receber isso.
<b>AS02</b>	Não apontou.	Não apontou.
<b>AS03</b>	Não apontou.	O SIS-Fronteiras que fizeram projetos e que até agora não veio o dinheiro.
<b>AS04</b>	SIS-Fronteira, que o Governo Federal também está investindo pra atender essa população. Já era uma reivindicação dos municípios, que são brasileiros só que foram pra um outro país tentar uma vida um pouco melhor, mas eles têm o direito de serem atendidos aqui.	Não apontou.
<b>AS05</b>	O município cada vez está tentando atender melhor a população, tanto do município como também do PY, tentando implantar mais programas, atender melhor essa população; e hoje na saúde está se direcionando pra uma área mais humana.	Não apontou.
<b>AS06</b>	Existem programas novos que foram implantados e eles podem estar sendo inseridos, desde que eles estejam nos critérios.	Não apontou.
<b>AS07</b>	O SIS-Fronteiras está buscando se diagnosticar e criar uma forma de regulamentar.	O SIS-Fronteiras não está ainda estruturado. Com a implantação do programa, que foi o diagnóstico, os municípios ficaram sabendo que ia ter recurso, quando eles viram que isso não ia ser tão rápido, começaram a cortar gastos e barrar o atendimento.



**AS08**<sup>54</sup> Não apontou.

Não apontou.

---

Fonte: Sistematização da autora a partir dos dados levantados nas entrevistas.

Observa-se que a questão do financiamento destaca-se nas respostas das Assistentes Sociais (AS01, AS03, AS04, AS07). Estas respostas, em si, não representam a opinião pessoal das profissionais, pois se referenciam ao direcionamento da política de saúde nos municípios em que atuam.

Concordamos que uma política social não se faz sem as fontes de custeio, sobretudo numa área tão abrangente quanto a da saúde. Mas, também concordamos que este não deve ser o único fator apontado para o não funcionamento, ou funcionamento irregular, de uma política social. E, ademais, valores financeiros são opções políticas.

No âmbito do sistema de Seguridade Social, composto por assistência social, saúde e previdência social, o orçamento está garantido constitucionalmente, inclusive por impostos pagos pela sociedade e por contribuições sociais a ele vinculados. Mas, ocorre que,

Parcelas importantes dos recursos que deveriam ser utilizados nas políticas de previdência social, saúde e assistência social, e poderiam ampliar a sua abrangência, são retiradas pelo Orçamento Fiscal da União e canalizadas para o superávit primário. (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 50).

Portanto, ao tratar da ausência de recursos financeiros, devemos nos remeter a destinação incorreta destes que deveria atingir o conjunto da população via políticas sociais.

Destaca-se a fala de AS01, observando o Serviço Social como um avanço em termos do atendimento ofertado a população não residente. E a fala da AS06, que considera que a oferta de serviços tem se ampliado para a população não residente, sendo um avanço, no entanto, a profissional menciona que os usuários precisam se enquadrar nos critérios definidos nos programas e projetos, não cabendo o princípio da universalidade do SUS.

Também houve a profissional que considerou não haver avanços no município (AS03); outras que consideraram não haver retrocessos (AS04, AS05,

---

<sup>54</sup> A AS08 não apontou os avanços e os retrocessos do município em que trabalha, lembrando que a mesma não atua na saúde nem realiza atendimentos de usuários não residentes.

AS06); e outra que não apontou avanços e nem retrocessos em seu município (AS02). Lembrando que a realidade está em movimento e enquanto tal deve ser considerada em sua dinamicidade.

Tendo como referência o conjunto de avanços e retrocessos pensados pelas Assistentes Sociais, estas assinalaram quanto ao que consideram necessário materializar nos municípios os quais atuam, concernente a oferta de ações e serviços de saúde e da organização dos sistemas locais. Visando regulamentar e ampliar o atendimento da população não residente no Brasil.

Neste sentido, as profissionais indicaram a ausência de recursos como o principal fator a ser materializado nos municípios de fronteiras. Sobre os recursos financeiros AS04 e AS05 expuseram,

Seria mais a parte do Governo Federal, investir mais em recursos financeiros pra atender essa população, destinar, porque está vindo um valor ilusório, do número de pessoas que são atendidos. [...] como é fronteira, não é só um problema do município, é uma questão do Governo Estadual, do Governo Federal, então de destinar recursos financeiros maiores para atendimentos dessas pessoas. (AS04).

[...] recursos, ter esses recursos dentro do orçamento do município, pra gente a nível Federal conseguir e Estadual e o próprio município às vezes conseguir mais recursos justamente pra essa demanda, pra gente ter um princípio dizendo que eles estão atendidos. (AS05).

A AS 01 também fala da ausência de recursos financeiros, mas adverte que o problema não reside apenas nisso, chamando a atenção para a desregulamentação do atendimento na cidade onde atua,

Falta recurso obviamente, mas o município mesmo que minimamente ele está equipado pra atender os munícipes. Então a mesma estrutura que é pra você, é pra mim, que serve pro outro, que serve pro seu vizinho do Paraguai. Em termos de recursos sempre falta, mas eu acho que precisa, por exemplo determinar: não vamos atender paraguaios, mas porque? Qual que é o protocolo de atendimento? Em quais casos que vão ser atendidos? Então falta um protocolo de atendimento, falta conhecimento dessas legislações, Estatuto do Estrangeiro, dos programas, falta dados, falta conhecer essa demanda. Porque sabe dos problemas, mas não faz dá soluções para resolver esses problemas também, então na minha opinião é isso, é um protocolo de atendimento. (AS01).

A opinião acima da mesma forma é defendida pela AS07,

É um protocolo de atendimento que orientasse de como deveria ser esses atendimentos, quais são os direitos, quais não são, quais são os encaminhamentos que deveriam ser feitos. Seria bom pra orientar essa população e todos os funcionários, ia ser o mínimo necessário pra ter uma direção comum entre todos os profissionais. O SIS-Fronteiras tem a pretensão de regulamentar isso numa política, mas é uma discussão que ainda está acontecendo. Agora um protocolo mínimo dentro de um município eu acho que pode ser criado até hoje e divulgado. (AS07).

Cumprir colocar que as defesas de AS01 e AS07 se referem ao que pretende o *SIS-Fronteiras* e o *Pacto pela Saúde*, ou seja, a regulamentação dos atendimentos, o repasse de recursos financeiros considerando a especificidade dos municípios de fronteira, assim o atendimento de não residentes não estaria relegado a decisões dos profissionais de defender ou não o direito desta população, mas uma determinação a nível de política social. No entanto, os resultados de ambos os Projetos são deveras incipientes nestes municípios, o que leva as profissionais a considerarem que esta regulamentação não existe.

A AS02 colocou que é preciso ampliar não unicamente os aportes financeiros, como também os recursos humanos,

Maior financiamento para as políticas sociais e mais profissionais de Serviço Social. (AS02).

O baixo número de Assistentes Sociais contratadas para atuarem na saúde, certamente é um fator condicionante do trabalho do Serviço Social nos espaços pesquisados, considerando que além de serem poucos profissionais alguns destes ainda dividem a carga horária de trabalho em outras áreas, como assistência social e educação.

E por fim, a AS03, colocou sobre melhorias na infra-estrutura do serviço de saúde, no entanto, neste caso trata-se de uma ação pensada e necessária para toda a população, já que a estrutura dos serviços serve para o uso de todos,

Hoje eu acho que só mesmo é ampliar a unidade de saúde que a gente tem que a estrutura é totalmente precária e irregular [...] (AS03).

Enquanto na percepção da AS06 deveria haver programas específicos para trabalhar com esta população,

Deveria ter alguns programas específicos pra esse atendimento, porque eu vejo que eles são atendidos no geral, mas que seja alguma coisa regulamentada e seja especificamente pra esses atendimentos em todos os âmbitos, dentro das necessidades deles. (AS06).

A existência de programas específicos ou mesmo de uma política de saúde voltadas para o atendimento das necessidades em saúde da população que não reside no Brasil, divide a opinião das Assistentes Sociais.

Há as que consideram indispensável a existência de uma política que considere as especificidades regionais, tal como exemplifica as falas abaixo,

[...] é uma especificidade regional e em outros municípios você não vê isso, essa questão de estrangeiro querendo burlar o sistema de lá pra vir pra cá, por “n” fatores ou porque a estrutura é melhor ou porque lá não tem esses serviços, não tem um Sistema Único como aqui no Brasil. (AS01).

[...] os municípios têm essa demanda não tem como negar e eles vêm, eles procuram mesmo, então seria excelente ter uma Política de Saúde voltada somente pra isto. (AS03).

Já a AS05 considera que os municípios devam atender a demanda da população não residente, mas que a política seja diferenciada apenas no nível do financiamento e não do atendimento, da oferta das ações e dos serviços de saúde. Como mostra a sua fala abaixo,

Eu penso uma política específica mais que dê o mesmo atendimento pra eles, não que dê um atendimento diferenciado, mas a gente possa estar inserindo eles nos programas já existentes, na política já existente, da mesma forma que são atendidos os munícipes [...] só porque são brasiguaios você dá metade do medicamento ou paga metade da consulta? Acho que deve ser o mesmo atendimento que os munícipes têm. (AS05).

Todavia, na compreensão da AS02 não basta que os municípios tenham uma política específica para as questões apresentadas no espaço fronteiriço, mas é preciso que sejam definidos alguns critérios de acesso,

[...] tem que ter cuidado para definir os critérios, porque não pode o município atender tudo sem as pessoas pagarem impostos. Fica cômodo para eles vir aqui e acessar tudo, sem nada de bom pro município. (AS02).

De acordo com a compreensão acima o direito à saúde está atrelado a uma contribuição via impostos e, portanto, necessita de uma contrapartida do usuário. É preciso lembrar que a saúde mais do que um direito constitucional brasileiro, está exposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos como um dos direitos necessário para qualquer pessoa viver com dignidade, sendo o Estado responsável por fornecer meios para isto.

Chama à atenção a análise realizada pela AS07, a qual fala da necessidade dos recursos financeiros, mas também da importância de uma política planejada, pois a abertura dos serviços para o atendimento além de situações emergenciais seguramente trará um número maior de usuários não residentes para os serviços de saúde brasileiros.

[...] foi cogitada a criação de uma política, de um sistema, só que não existe o recurso ainda, então o que acabou sendo decidido em nível administrativo foi o corte do atendimento, então é necessário a dotação orçamentária realista pra atender isso, porque é uma população volante, e hoje é um número X, quando essa política for efetivada, pode ter certeza que essa população vai aumentar. Com essa previsão de que, depois da publicização ou da disponibilização desse serviço, não vai só vir os que estão aqui na região, vai vir aqueles brasileiros que estão lá dentro do Paraguai [...] quando isso tiver disponível aqui talvez eles venham com maior frequência fazer um acompanhamento médico, pegar medicamentos pra pressão alta, pra aqueles programas que já existem no Brasil, mas, precisa do recurso. (AS07).

Além de que esta pesquisa comprovou que os usuários não residentes não recorrem ao Brasil apenas para requerer acesso a ações e serviços de saúde, mas o fazem também no sentido de solicitar atendimentos da área da assistência social e da educação. Por isto, não basta pensarmos em uma política de saúde diferenciada, é necessário planejar uma política social no âmbito do sistema de Seguridade Social, onde as áreas de fato se inter-relacionem.

Outra questão apontada na fala supracitada de AS07 alude as decisões locais de restringir os atendimentos de saúde aos munícipes. Enquanto os resultados do Projeto SIS-Fronteiras não chegam a estes municípios, continuam imperando as

decisões individuais dos gestores, sobre as quais as Assistentes Sociais questionam e fazem um enfrentamento político, na defesa da saúde como um direito humano.

No nível emergencial todos os municípios realizam o atendimento, qualquer que seja, pois se tratam de situações nas quais a negação pode levar o usuário à morte. Mas, fora disto não é a totalidade dos municípios que possibilitam o acesso aos serviços de saúde por parte de não residentes, situações apresentadas nos municípios em que atuam as profissionais AS01 e AS07.

Estas Assistentes Sociais colocaram que o principal encaminhamento realizado no caso de orientação do Gestor Municipal para que não haja o atendimento, é a informação e a orientação aos usuários sobre os seus direitos e os meios pelos quais podem recorrer. Além de realizarem o diálogo com o Gestor sobre a particularidade de cada caso e de se utilizarem do espaço do Conselho de Saúde para colocar este ponto em discussão.

As demais Assistentes Sociais afirmaram que nos municípios em que trabalham os não residentes são atendidos em todas as situações e inseridos na rotina institucional, desde que possuam documentação. Portanto, percebe-se que os atendimentos são realizados quando em caso de brasileiro residente no Paraguai, mas não quando em caso de paraguaio, demonstrando que esta é uma questão que ainda requer aprofundar o diálogo e a negociação política em nível internacional.

Com isto chega-se ao término da seção 3, tendo perpassado pelos principais apontamentos e considerações desveladas na pesquisa de campo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho dissertativo possibilitou apreender algumas considerações aproximativas, as quais vêm a ser expostas para encerrar o debate ora apresentado, considerando os objetivos propostos inicialmente e as interpretações realizadas.

Identificamos que a procura de cidadãos não residentes por ações e serviços brasileiros, é freqüente na região estudada, sendo esta espontânea, pois, inexistem mecanismos formais de encaminhamento entre os serviços paraguaios e brasileiros.

Também não existe contato das Assistentes Sociais dos municípios brasileiros com profissionais do lado paraguaio, mas, é preciso expor que esta integração é necessária para fomentar o debate a respeito de um sistema de proteção social nas fronteiras.

A oferta de serviços de saúde do lado brasileiro e do lado paraguaio se diferem, sendo o fator gratuidade um dos fatores que atraem não residentes ao Brasil. Os indicadores de saúde paraguaios refletem a precária condição de saúde de sua população.

As adversidades quanto à atuação das profissionais enquadram-se nas precárias condições de trabalho, expostas pelo baixo número de Assistentes Sociais nestes espaços e reduzida carga horário no setor saúde. Desta forma, estas condições não possibilitam às profissionais realizarem antecipação das demandas, e nem atuações específicas para com os não residentes. Esta situação resulta numa atuação que responde apenas as demandas apresentadas, na qual se reduz “[...] a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para “resolver o(s) problema(s) do usuário”.” (VASCONCELOS, 2006b, p. 248, grifos do autor).

Fator presente no contexto fronteiriço é a característica flutuante da população, o que compromete o acompanhamento dos casos atendidos, já que as profissionais por vezes não têm retorno sobre os encaminhamentos dados. As condições precárias de trabalho expostas acima também contribuem para o não acompanhamento dos usuários na sua totalidade, residentes e não residentes, já que a maioria se divide entre diferentes Secretarias.

As Assistentes Sociais expuseram uma nova situação, a de brasileiros que residiam no Paraguai e retornaram a viver no Brasil. Estes, na maioria, sem documentação também têm o acesso à saúde barrado, requisitando a intervenção do Serviço Social.

Mesmo diante destas adversidades, identificamos que a ação das Assistentes Sociais na saúde contribui para o acesso da população não residente às ações e serviços brasileiros, portanto, para a concretização dos direitos de cidadania. De igual forma, contribui para a prestação de um serviço público comprometido com a qualidade, e para a ampliação deste debate.

A pesquisa demonstrou que as estratégias federais, *SIS-Fronteiras* e *Pacto pela Saúde*, pensados para atender os municípios de fronteira, ainda não têm resultados efetivos e o atendimento continua restrito à exigência de documentação brasileira, comprovantes de endereço, e ao âmbito orçamentário.

Desta forma, permanecem imperando as decisões locais formuladas pelos gestores, por vezes, não considerando o debate com os demais profissionais de saúde.

Ainda identificou-se uma significativa participação das profissionais em espaços políticos. Esta participação ocorre em no mínimo dois espaços diferenciados, com maior incidência em Conselhos de Direitos e de Políticas Sociais.

As condições as quais as profissionais buscam modificar visando alcançar o acesso de não residentes aos serviços de saúde, é o posicionamento de restringir o debate ao nível orçamentário, o qual tem sido argumento constantemente presente para justificar o não atendimento.

Conclui-se que o fato do Serviço Social ter se mantido ausente do movimento de Reforma Sanitária, conforme tese defendida na seção 1, não representa que na atualidade o distanciamento tenha continuidade. Ao contrário, mesmo com todos os empecilhos que o projeto privatista coloca, os ideais defendidos são os do projeto de Reforma Sanitária, de universalidade e equidade do atendimento em saúde.

Isto também se confirma pelo fato do Serviço Social ter, nos últimos anos, conquistado espaço em foros importantes da saúde, como a participação em Conselhos e Conferências de Saúde, seja na condição de representante governamental, ou não governamental, seja como assessor ou como palestrante. Ao ser chamado a compor equipes multiprofissionais de saúde, demonstra que suas competências contribuem para a defesa dos princípios do SUS. Tal situação



também foi identificada nesta pesquisa, profissionais que rejeitam a compreensão limitada do direito à saúde relacionado à idéia de nacionalidade.

Diante desta conjuntura, a realização de pesquisas que investiguem problemas relacionados aos aspectos sociais na fronteira Mercosul se fazem importantes a fim de ressaltar a necessidade da criação e operacionalização de um sistema de proteção social nesse espaço.

Trata-se de pensar um sistema de garantias dos direitos sociais para além dos limites físico-geográficos dos países. Em outras palavras, que os interesses econômicos em pauta não façam os direitos sociais intransponíveis de um país para outro. Considerando que este estudo foi permeado pelo entendimento do direito à saúde como fundamental para a vida das populações, sem atrelar este a barreiras geográficas.

Para a efetivação de propostas de sistemas de proteção social nas fronteiras entende-se ser necessário envolver a população ali residente em discussões e encaminhamentos. Não no sentido de atribuir a responsabilidade sobre as comunidades locais, mas fazendo destes sujeitos atuantes na proposição de ações, sob responsabilidade do Estado, vindo de encontro aos problemas das populações de fronteira.

Se existe a necessidade de maiores investimentos e realização de ações quanto a um sistema de proteção social, ao mesmo tempo coloca-se a exigência do estabelecimento de um debate sobre os direitos sociais no âmbito de uma cidadania sem fronteiras. E isto só poderá ser realizado via políticas sociais não subordinadas aos interesses econômicos.

O objeto demonstrou novas possibilidades de estudo, dentre as quais se destacam pesquisas acerca das condições de trabalho dos Assistentes Sociais na região de fronteira do Paraná, a fim de levantar os impactos diretos sobre a intervenção realizada; e sobre a participação em espaços político-organizativos, com estudo de dados secundários, com as Atas de reunião dos Conselhos Municipais de Saúde, visando identificar as discussões realizadas e os encaminhamentos propostos para a política de saúde nas fronteiras.

Cumprir expor que este trabalho será apresentado às Assistentes Sociais entrevistadas, além de que estas receberão via correio um CD com a cópia do trabalho na íntegra. Também será apresentado em eventos regionais e nacionais, atendendo ao propósito do trabalho de despertar e fomentar o debate referente a

ação profissional junto aos cidadãos não residentes e mais, de tornar o conhecimento social.

Este trabalho buscou desvelar o objeto escrutado, sem jamais entender a verdade revelada como eterna, pois, a realidade social apenas pode ser apreendida por aproximação, por ser “[...] mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que possamos ter sobre ela.” (LÊNIN, 1955, p. 215 apud MINAYO, 2000, p. 21).

Finalizando, coloca-se que transitar novamente por municípios de fronteira me fez convicta de que este é o objeto no qual devo me debruçar enquanto pesquisadora.

O trajeto percorrido também me traz a certeza de que é longínquo o caminho a seguir, tanto no âmbito do Serviço Social como das políticas de saúde, e ainda, o meu próprio enquanto pesquisadora. Mas, da mesma forma a certeza de que o Serviço Social e as políticas de saúde alcançaram conquistas e avanços que assinalam positivamente para o campo dos direitos de cidadania no espaço fronteiriço, superando algumas das contrariedades. E de minha parte a conclusão desta Dissertação além de efetivar um sonho, deixa novas e tantas outras interrogações, para as quais continuarei buscando respostas na realidade concreta.

## REFERÊNCIAS

ABESS; CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate.** Recife, PE, 1996.

ABEPSS. **Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social.** Brasília: ABEPSS, 1996. (mimeo).

ANDER-EGG, E. La Entrevista. In: ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social para trabajadores sociales.** 7. ed. Buenos Aires: Editorial Hvmantas, 1978. (p. 109-122).

BAHIA, L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (p. 407-449).

BIOLCHI, M. S. M. G. As fronteiras do Brasil e do Paraguai. In: **Análise do Abastecimento de Hortifrutícolas em uma Conurbação Internacional.** Dissertação de Mestrado em Agronegócio. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006. (p. 36-39).

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período de 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 49-72).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatorio%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf)>. Acesso em novembro de 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 16 p.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 02 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. Lei nº 8.662, de 08 de junho de 1993. Lei que Regulamenta a Profissão de Assistente Social.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1. ed. 1. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 33 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pactos de Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. Brasília, 2006b, 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – Proge-SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 290 p.

BRAVO, M. I. S. Questão de Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor, 1991. **Tese de Doutorado**. São Paulo: Departamento de Serviço Social da PUC-SP.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. 296 p.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 197- 217).

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. In: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em setembro de 2006.

CETOLIN, S. F. A Desconstrução de Divisas (in) Visíveis em torno do Acesso à Saúde na Região de Municípios Fronteiriços do Brasil/Argentina. **Tese de Doutorado**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2006, 204 p.

**CFESS**. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Assistente Social Trabalhador da Saúde: em defesa da ampliação da equipe “saúde da família”. In: **CRESS** 6ª Região. Relatório do Seminário Estadual “A Inserção do Assistente Social no Programa de Saúde da Família – PSF”. 2002. 29 p.

\_\_\_\_\_. Assistente Social Trabalhador da Saúde. Resolução nº 338, 1999.

\_\_\_\_\_. (Org.). Colaboradores Rosa Prédes [et al.]. **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: CFESS, 2005. 72 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **O CFESS e as Organizações Internacionais de Serviço Social**. Brasília, julho/2006.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 280p.

COSTA, M. D. H. da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 304-351).

DAL PRÁ, K. R. Transpondo Fronteiras: os desafios do assistente social na garantia do acesso à saúde no Mercosul. **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. 2006.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (p. 59-81).

GALVÁN, P. **Dessarollo Tecnológico en los Servicios de Salud del Paraguay**. Disponível em: <<http://www.iics.una.py/TEMA2.pdf>>. Acesso em março de 2007.

GARCÍA, S. M. La protección social en Paraguay. In: MENDES, J. M. R. et. al. **Mercosul em múltiplas perspectivas**: fronteiras, direitos e proteção social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. (p. 178-202).

GIOVANELLA, L.; GUIMARAES, L.; NOGUEIRA, V. M. R. et al. Integração Regional em Saúde: acesso a serviços de saúde em cidades de fronteira do Brasil com o Mercosul. In: Anais do **Seminário / Workshop Mercosul em Múltiplas Perspectivas**: fronteiras, direitos e participação societária. Meio Digital. Florianópolis, 2006. ISBN: 858799578-2.

\_\_\_\_\_. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007a, vol.23 supl.2, p.S251-S266. ISSN 0102-311X.

GIOVANELLA, L. (Coord.). **Saúde nas Fronteiras**: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2007b. 84 p.

**Guia Quatro Rodas Rodoviário**. Versão Eletrônica. Editora Abril, 2007.

HELLMANN, R. B. Relatório de Campo Qualitativo. **Pesquisa Saúde nas Fronteiras**: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005.

HIRANO, S. Projeto de Estudo e Plano de Pesquisa. In: HIRANO, S. (Org.). Pesquisa Social: projeto e planejamento. Perseu Abramo et. al. (Colaboradores). São Paulo: T. A. Queiroz, 1979. (p. 89-110).

HOLANDA, E. G. M. de. A Saúde no Mercosul e Integração Regional. In: **Fórum Mercosul sobre Integração Regional e Sistemas de Saúde**. ENSP, março de 2006. Disponível em: <[http://www.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arq1532.ppt](http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq1532.ppt)>. Acesso em março de 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: Ensaio Críticos. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 326p.

\_\_\_\_\_. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006a. (p. 161-196).

\_\_\_\_\_. Formação Profissional do Assistente Social e as Demandas Atuais. Palestra proferida no **3º Congresso Paranaense de Assistentes Sociais**: Perspectivas e Diversidade da Atuação Profissional. CRESS/PR. Londrina, 2006b.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE**. Faixa de Fronteira. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em março de 2007.

LIMA, J. de; GARCIA, L. R. M. Grupo de Trabalho para a Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu Binacional, Região de Fronteira. In: Anais do **Seminário / Workshop Mercosul em Múltiplas Perspectivas**: fronteiras, direitos e participação societária. Meio Digital. Florianópolis, 2006. ISBN: 858799578-2.

LIMA, T. C. S. de. **As ações sócio-educativas e o projeto ético-político do Serviço Social**: tendências da produção bibliográfica. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006.

LOPES, C. R. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde: movimento contra as iniquidades. In: **RADIS**: comunicação em saúde, nº 45, maio de 2006. (p. 10-16).

MACHADO, L. O. Limites, Fronteiras, Redes. In: STROHAECKER, T. M. et al. (Orgs.). **Fronteiras e Espaço Global**. Porto Alegre: AGB, 1998. (p. 41-49).

MANZINI COVRE, M. de L. **O que é cidadania?** (Coleção primeiros passos). 12ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2005.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações Básicas para a Pesquisa. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 383-398).

MARX, K. Crítica da Filosofia do Direito de Hegel - Introdução. In: **Temas de Ciências Humanas**. Vol. 2. Marco Aurélio Nogueira; Gildo Marçal Brandão; J. Chasin; Nelson Wernech Sodré (Org's.). São Paulo: Editorial Grijalbo, 1977. (p. 01 – 14).

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Introdução à Metodologia de Pesquisa Social. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. (p. 19-88).

MIOTO, R. C. T. Ações Profissionais dos Assistentes Sociais: em busca de uma sistematização. In: Anais do **Seminário / Workshop Mercosul em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária**. Meio Digital. Florianópolis, 2006. ISBN: 858799578-2.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 273-303).

MOREIRA, S. da S. A Prática Profissional dos Assistentes Social na Saúde. In: O Projeto Ético-Político e a Prática Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social** da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Serviço Social, 2006. (p. 09-58).

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. O Materialismo Histórico como Instrumento de Análise das Políticas Sociais. In: NOGUEIRA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F., Orgs. **Estado e Políticas Sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2003. (p. 11-28).

\_\_\_\_\_. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 141-160).

\_\_\_\_\_. Das Ameaças à Crise. In: **Revista Inscrita**. Conselho Federal de Serviço Social. Ano VII, nº X, novembro de 2007. (p. 37-40).

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. (p. 218-241).

NOGUEIRA, V. M.; DAL PRÁ, K. R.; FERMIANO, S. Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde. In: **Mercosul em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e participação societária**. 2007a.

\_\_\_\_\_. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007b, vol.23 supl.2, p.S227-S236. ISSN 0102-311X.

OIT, Oficina Regional para las Américas/CIESU/IPEC Sudamérica. Sector Salud. In: **Análises de las políticas y programas sociales em Paraguay**. Lima, 2004. (p. 49-50).

PACHECO, V. **O Assistente Social como Profissional da Saúde**. 2007. Disponível em <[http://s.socialesaude.zip.net/arch2007-11-11\\_2007-11-17.html](http://s.socialesaude.zip.net/arch2007-11-11_2007-11-17.html)>. Acesso em janeiro de 2008.

PARAGUAI, Constitución de la Republica del. 1992. Disponível em: <<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Paraguay/para1992.html>>. Acesso em abril de 2007.

\_\_\_\_\_. Ley nº 1.032/1996. Sistema Nacional de Salud.

\_\_\_\_\_. Plano de Gobierno, 1999.

PEITER, P. C. Geografia da Saúde na Faixa da Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio. **Tese de Doutorado**. Instituto de Geociência, PPG em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ: UFRJ/IGEO/PPGG, 2005.

RADDATZ, V.L.S. Identidade cultural e comunicação de fronteira. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 27., 2004. Porto Alegre. Anais... São Paulo: Intercom, 2004. CD-ROM.

RECALDE, H. Ministerio de Salud Pública y B. S. Coordinacion Nacional de Salud de Fronteras. In: Anais do **Seminário Fronteira Mercosul**: as interfaces entre o social e o direito à saúde. Meio Digital. Florianópolis, 2005.

SEVERINO, A. J. Observações Metodológicas Referentes aos Trabalhos de Pós-Graduação. In: SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 17. ed. rev. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991. (p. 107-139).

SILVA, M. G. 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/PPGSS, 2006.

SIMIONATTO, I. **Reforma do Estado ou Modernização Conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul**. 2000. Disponível em: <<http://www.artnetcom.br/~gramsci/arquiv150.htm>>. Acesso em setembro de 2007. 17 p.



\_\_\_\_\_. Sociedade Civil, Classes Subalternas e Construção Democrática: cenários e desafios para o serviço social no âmbito do Mercosul. **Projeto de Pesquisa:** UFSC. 2007. 22 p.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 3. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, V. de. O Significado da Fronteira para o Planejamento da Segurança Pública. In: O Planejamento da Segurança Pública na Fronteira da Região do Lago do Itaipu: uma análise conjunta de agricultores de Guairá-PR na formação da Patrulha Rural da P.M. – a efetivação do policiamento comunitário. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. 2006. (p. 28-41).

STEIMAN, R.; MACHADO, L. O. **Limites e Fronteiras Internacionais:** uma discussão histórico-geográfica. Rio de Janeiro: Grupo Retis/UFRJ, 2002.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

\_\_\_\_\_. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al., Orgs. **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez/OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006b. (p. 242-272).

VIEIRA, E. **Os Direitos e a Política Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VOUGA, B. V. Paraguay: desafios para la integracion regional. In: **Foro Mercosur Sobre Integración Regional y Sistemas de Salud**. 2006. s/p.

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**



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

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **PARTE 01**

1. Nome:
2. Idade:
3. Município em que reside:
4. Telefone e e-mail para contato:
5. Natureza da Instituição de Ensino Superior em que se formou Assistente Social:
6. Concluiu algum outro curso posterior à Graduação de Serviço Social? Qual?
7. Tempo em que atua como Assistente Social:  
Tempo em que atua como Assistente Social na área da saúde:
8. Local de trabalho e município:  
Tempo em que atua neste local:  
Vínculo empregatício e carga horária na área da saúde:

### **PARTE 02**

9. No seu exercício profissional cotidiano há procura de cidadãos não residentes no Brasil (brasileiros e/ou paraguaios que moram no Paraguai) por ações e serviços públicos de saúde? Comente.
10. Quais ações demarcam a sua intervenção junto aos usuários não residentes no Brasil, mas que aqui recorrem para buscar serviços e ações de saúde no setor público?
11. De que forma registra as ações/atendimentos a usuários não residentes no Brasil?

- 12.** Quais as principais facilidades e dificuldades para a intervenção junto a população não residente no Brasil?
- 13.** O acesso desta população não residente no Brasil as ações e serviços públicos de saúde é discutido com os demais profissionais de saúde de seu local de trabalho? Comente.
- 14.** De acordo com a sua experiência profissional neste município, quais ações avançaram e quais retrocederam em relação ao atendimento de usuários não residentes?
- 15.** Você participa de espaços político-profissionais, tais como conselhos de direitos, sindicatos, associações ou comissões?  
SE SIM:  
Quais?  
Neste (s) espaço (s) é possível discutir e encaminhar questões concernentes ao atendimento de saúde aos usuários não residentes no Brasil? De que maneira?  
O que se tem proposto?
- 16.** Como são os encaminhamentos no caso de orientação da Secretaria Municipal de Saúde para que não haja o atendimento ao usuário não residente?
- 17.** Em sua opinião o que precisa ser materializado no município em que trabalha em relação aos usuários não residentes no Brasil?
- 18.** O que você pensa sobre uma política de saúde específica para os municípios de fronteira?

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



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

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA**

**Mestranda:** Rafaela Brustolin Hellmann

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira

A presente pesquisa de campo tem como objetivo a coleta de dados sobre a ação profissional dos Assistentes Sociais que atuam nos serviços públicos de saúde concernente ao acesso à saúde de cidadãos não residentes no Brasil buscando apreender como estes profissionais efetivam a sua intervenção junto a esta população de fronteira.

O universo da pesquisa será constituído por Assistentes Sociais da área da saúde na região de fronteira, compreendendo os seguintes municípios paranaenses: Guaíra, Mercedes, Pato Bragado, Marechal Cândido Rondon, Entre Rios do Oeste, e Santa Helena. Pretende contribuir para a visibilidade do trabalho do Assistente Social na saúde, bem como no processo de diálogo e negociação referente a demanda de usuários não residentes no Brasil por serviços e ações de saúde.

Observamos que sua participação nesta pesquisa mediante entrevista concedida é de extrema importância para a coleta de dados e o desenvolvimento da referida pesquisa e implica em responder algumas perguntas apresentadas durante a entrevista.

As informações que você nos der serão tratadas de maneira profissional e confidencial, de forma a impedir a sua identificação. Seu nome ou quaisquer outros dados pessoais que possam identificá-lo (a) não serão divulgados.

Para esclarecimento de dúvidas sobre esta pesquisa, sinta-se a vontade para entrar em contato com a mestranda Rafaela Brustolin Hellmann pelos telefones (45) 3378 1007, (45) 9981 9522, ou através do e-mail: rafaellabrustolin@yahoo.com.br. O contato também poderá ser feito com a orientadora desta pesquisa, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera M<sup>a</sup> R. Nogueira, ficando a disposição seus telefones de contato (48) 3233 5992, (48) 9116 9776, e-mail: vera.nogueira@pq.cnpq.br.

Se você concorda em participar desta pesquisa, bem como autoriza a exposição dos dados coletados em forma de dissertação, por favor, assine logo abaixo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_