



ANAIS



III CEPIAL

CONGRESSO DE CULTURA
E EDUCAÇÃO PARA A INTEGRAÇÃO
DA AMÉRICA LATINA

Semeando Novos Rumos

www.cepial.org.br
15 a 20 de julho de 2012
Curitiba - Brasil



ANAIS



III CEPIAL

CONGRESSO DE CULTURA
E EDUCAÇÃO PARA A INTEGRAÇÃO
DA AMÉRICA LATINA

Semeando Novos Rumos

Eixos Temáticos:

1. INTEGRAÇÃO DAS SOCIEDADES NA AMÉRICA LATINA
2. EDUCAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO LATINO-AMERICANO:
SUAS MÚLTIPLAS FACES
3. PARTICIPAÇÃO: DIREITOS HUMANOS, POLÍTICA E CIDADANIA
4. CULTURA E IDENTIDADE NA AMÉRICA LATINA
5. MEIO-AMBIENTE: QUALIDADE, CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE VIDA
6. CIÊNCIA E TECNOLOGIA: PRODUÇÃO, DIFUSÃO E APROPRIAÇÃO
7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL
8. MIGRAÇÕES NO CONTEXTO ATUAL: DA AUSÊNCIA DE POLÍTICAS
ÀS REAIS NECESSIDADES DOS MIGRANTES
9. MÍDIA, NOVAS TECNOLOGIAS E COMUNICAÇÃO

www.cepial.org.br
15 a 20 de julho 2012
Curitiba - Brasil

ANAIS



III CEPIAL

CONGRESSO DE CULTURA
E EDUCAÇÃO PARA INTEGRAÇÃO
DA AMÉRICA LATINA

Semeando Novos Rumos

Eixo 1

“INTEGRAÇÃO DAS SOCIEDADES NA AMÉRICA LATINA”

www.cepial.org.br
15 a 20 de julho de 2012
Curitiba - Brasil

EIXO 1. INTEGRAÇÃO DAS SOCIEDADES NA AMÉRICA LATINA

MR1.1. - A integração latino-americana em perspectiva histórica

EMENTA

Esta mesa-redonda/GT analisará a história da integração latino-americana. Seus eixos temáticos são: (i) Fases da integração latino-americana. (ii) Origens e evolução dos processos de integração latino-americanos: semelhanças e diferenças. (iii) O nacional-desenvolvimentismo e o ideal da integração latino-americana nos anos 1950-1960. (iv) A integração latino-americana e o ciclo autoritário dos anos 1970-1980. (v) A integração latino-americana e a globalização neoliberal dos anos 1990. (vi) A nova esquerda e a integração latino-americana nos anos 2000.

Coordenador: George Sturaro: Centro Universitário de Curitiba - (UNICURITIBA – BRASIL)
Amado Luiz Cervo: Universidade de Brasília e Instituto Rio Branco - (UNB/IRBR- BRASIL)
Mario Rapoport: Universidad de Buenos Aires - (UBA- ARGENTINA)
André Luiz Reis da Silva: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - (UFRGS – BRASIL)
Osvaldo Luis Angel Coggiola: Universidade de São Paulo (USP – BRASIL)

RESUMOS APROVADOS

GRUPO DE CONTADORA E APOIO: A EXPERIÊNCIA MULTILATERAL PARA A PAZ NA AMÉRICA CENTRAL (autor(es/as): **Ariane de Oliveira Saraiva**).

ASPECTOS GEOPOLÍTICOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA RODOVIA INTEROCEÂNICA PARA A CIDADE DE PORTO-VELHO (autor(es/as): **Fernando Corrêa dos Santos**).

O CARÁTER INTERNACIONALISTA DA REVOLUÇÃO CUBANA, SEGUNDO O PENSAMENTO POLÍTICO DE ERNESTO CHE GUEVARA (1959-1967) (autor(es/as): **Kauê Carlino Sichinel**).

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DEBATE ECONÔMICO CEPALINO NO PÓS-SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (autor(es/as): **Vinicius Figueiredo Silva**).

MR1.2. - A economia política da integração regional latino-americana

EMENTA

A mesa-redonda examinará os problemas políticos e econômicos dos diferentes processos de integração latino-americanos em perspectiva comparada. A mesa pretende refletir sobre: (i) a natureza intergovernamental da maioria dos processos de integração regional na América Latina; (ii) o papel das instituições supranacionais e intergovernamentais nas experiências de integração regional; e (iii) as assimetrias econômicas existentes entre os países latino-americanos e seus reflexos sobre o andamento dos processos e das propostas de integração regional.

Coordenador: Alexsandro Eugenio Pereira – Universidade Federal do Paraná (UFPR-BRASIL)
Rafael Freire: Central Sindical das Américas (CSA- BRASIL)
Marcelo de Almeida Medeiros: Universidade Federal de Pernambuco - (UFPE-BRASIL)
Luiz Daniel Jatobá França: Universidade de Brasília - (UNB-BRASIL)
Paulo Roberto de Almeida: Ministério das Relações Exteriores do Governo Brasileiro - (MRE-BRASIL)

CHINA E MERCOSUL: REFLEXOS DE UMA RELAÇÃO (autor(es/as): **ADRIANA SOUZA BENATTI**).

MATRIZ TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA ESTUDAR A SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DA AMÉRICA LATINA (autor(es/as): **ALEXANDRE ANDREATTA**).

INSERÇÃO DA AMÉRICA LATINA NA GLOBALIZAÇÃO: RELAÇÕES ENTRE EQUIDADE SOCIOECONÔMICA E SIMBÓLICA (autor(es/as): **Edson Capoano**).

FLUXOS COMERCIAIS NA FRONTEIRA COM O PARAGUAI (autor(es/as): **ELOISA MAIESKI ANTUNES**)

ASPECTOS DA ECONOMIA CRIATIVA NO MERCOSUL A Indústria Fonográfica como fator de aproximação entre Brasil e Argentina (2003 – 2011). (autor(es/as): **marcelo de souza Freitas**).

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO MERCOSUL: INSTRUMENTOS LEGAIS E REALIDADE (autor(es/as): **Fabiane Mesquista**).

A governança global da cooperação internacional para o desenvolvimento: uma análise das instituições, da participação e da eficácia (autor(es/as): **Diego Henrique da Silva Baptista**)

MR1.3. Cenários e tendências da integração latino-americana

EMENTA

Desafios e oportunidades da integração latino-americana no futuro próximo. A integração regional na visão das "novas esquerdas". O papel dos partidos políticos e dos movimentos sociais na integração regional. A integração das economias e da infra-estrutura. "Novos temas" da integração regional: democracia, direitos humanos e justiça social. O papel da integração regional nas relações da América Latina com o resto do mundo.

Coordenadora: Karla Gobo – Faculdade Internacional de Curitiba - (FACINTER - BRASIL)
Rafael Duarte Villa: Universidade de São Paulo - (USP - BRASIL)
Marcelo Coutinho: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - (UESP/UERJ - BRASIL)
Florisvaldo Fier (Dr. Rosinha): Parlamento do MERCOSUL – (PARLASUL – BRASIL)
Robson Cardoch Valdez: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - BRASIL)

RESUMOS APROVADOS

O PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE NO MERCOSUL: O PAPEL DA COOPERAÇÃO DESCENTRALIZADA A NÍVEL CULTURAL (autor(es/as): **Ariane Saraiva**)

SEGURANÇA INTERNACIONAL: A participação latino-americana no caso haitiano no Conselho de Segurança (autor(es/as): **Caroline Cordeiro Viana e Silva**)

INTEGRAÇÃO REGIONAL EM INFRA-ESTRUTURA: AVANÇOS E CONTINUIDADES DA INICIATIVA PARA INTEGRAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA REGIONAL SUL-AMERICANA (IIRSA/2000-2010) (autor(es/as): **Danielle Rodrigues da Silva**)

INTEGRAÇÃO DA INFRAESTRUTURA REGIONAL SUL AMERICANA (IIRSA): UM ENFOQUE NAS ESTRADAS AMAZÔNICAS (autor(es/as): **Felipe da Silva Machado**)

O PAPEL DO MERCOSUL NA CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA: UM BALANÇO PRELIMINAR E ALGUMAS HIPÓTESES (autor(es/as): **George Wilson dos Santos Sturaro**)

Caminhos para a integração: a concepção das Organizações Internacionais acerca da educação. (autor(es/as): **Tchella Fernandes Maso**)

MR1.4. A efetivação dos direitos fundamentais na América Latina

EMENTA

A presente Mesa Redonda/GT tem por finalidade debater a efetivação dos direitos fundamentais na América Latina. Os temas abordados serão: (i) as dificuldades de ordem política e econômica, entre outras, para a efetivação dos direitos fundamentais na região e (ii) a contribuição das organizações regionais para a efetivação dos direitos fundamentais nos seus Estados membros.

Coordenadores: Eduardo Biacchi Gomes - Faculdades Integradas do Brasil (UNIBRASIL - BRASIL) Cíntia de Almeida Lanzoni (PUC-PR - BRASIL)

Andrea Benetti Carvalho de Oliveira: Centro Universitário de Curitiba - (UNICURITIBA - BRASIL)

Francielle Morez: Centro Universitário de Curitiba - (UNICURITIBA - BRASIL)

Ronald Silka: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR - BRASIL)

Igor Koltun Rebutini: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR - BRASIL)

RESUMOS APROVADOS

PRIORIDADES ATENDIDAS PELOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS ATRAVÉS DE RECURSOS DO PROGRAMA SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS (autor(es/as): **Carla Gabriela Cavini Bontempo**)

AQUESTÃO INDÍGENA E O ESTADO BRASILEIRO (autor(es/as): **ELIAS MARCOS GONÇALVES DOS SANTOS**)

O PACTO PELA SAÚDE NAS CIDADES-GÊMEAS DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL COM A ARGENTINA E O URUGUAI (autor(es/as): **Lislei Teresinha Preuss**)

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NAS INSTITUIÇÕES COMUNITÁRIAS DO MERCOSUL (1991 – 2011) (autor(es/as): **Ludmila Andrzejewski Culpi**)



O PACTO PELA SAÚDE NAS CIDADES-GÊMEAS DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL COM A ARGENTINA E O URUGUAI.

Dr^a Idília Fernandes
Dr^a Lislei Teresinha Preuss
Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira

RESUMO

O artigo aborda o processo de implementação do Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional (MIR) como compondo parte da Fronteira Arco Sul (2005). O Pacto pela Saúde, em seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, é considerado um grande avanço na gestão e nas relações entre os entes federativos. Estabelece as responsabilidades de cada ente de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente suas responsabilidades, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS. A situação encontrada nas cidades-gêmeas sinaliza que a descentralização e a regionalização previstas no Pacto de Gestão, não garantiram maior autonomia aos governos locais, não havendo, assim, transferência efetiva de poder decisório na gestão. Aborda-se a gestão da saúde no Brasil, tendo como baliza a Constituição Federal de 1988. As descobertas da pesquisa apontam que as estratégias de descentralização e regionalização preconizadas no Pacto pela Saúde podem ser importantes ferramentas para a melhoria do provimento de serviços e garantia de direitos à saúde, porém a implementação tem sido falha, desde o processo de adesão, repercutindo mais uma vez para o acirramento das desigualdades nas cidades-gêmeas da fronteira entre estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. Em relação às autoras, Idília Fernandes tem graduação em serviço social (1990) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) Especialização em grupo, família, clínica e política pelo Instituto Pichon Riviére (1998), mestrado em Serviço Social pela PUCRS (1995) e doutorado em Serviço Social pela PUCRS (2002). Professora da PUCRS desde 1996 e assistente social - Fund. de Artc. e Des. da Pol. Púb. para PPD e PPHA do RS (FADERS) desde 1991. Experiência em Serviço Social, atuando principalmente: nas políticas públicas para pessoas com deficiência, inclusão e cidadania, diversidade e acessibilidade, com a instrumentalidade do trabalho do serviço social, abordagem grupal e familiar, metodologia dialética, trabalho em equipe interdisciplinar na



área da saúde mental. Coordenada o programa de pesquisa da FADERS. Desenvolve Projetos de pesquisa nos campos da vulnerabilidade social e da acessibilidade universal na parceria entre a Universidade PUCRS e a Instituição Pública FADERS. Lislei Teresinha Preuss possui graduação em Pedagogia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (1996), graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007) e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2011). Atualmente é professora titular da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: serviço social, fronteiras, família, proteção social e políticas sociais, desenvolvimento local-regional. Vera Maria Ribeiro Nogueira possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1967), mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1990), doutorado em Enfermagem (linha de pesquisa saúde e sociedade) pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002) e pos-doutorado na *Universidad Autónoma* de Barcelona - Departamento de Sociologia - *Seminário de Análise de Políticas Pública - SAPS*. Professora adjunta da Escola de Serviço Social/Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas e do Mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do CNPq. Consultora *ad hoc* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Editora da Revista Sociedade em Debate do Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Integra o Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado, atuando principalmente nos seguintes temas: política de saúde, direito à saúde, formação profissional, direitos sociais, políticas sociais, saúde em fronteiras e Mercosul.

Palavras-chave: Política Social de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pacto pela Saúde. Gestão. Fronteira.

INTRODUÇÃO

Este artigo é um recorte da tese de doutoramento em Serviço Social, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social / PGFSS da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / PUCRS. Busca-se através deste contribuir para o debate



sobre o processo de implementação do Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai e, assim, possibilitar a concretização de ações conjuntas, locais e regionais, nestes países.

Aborda os resultados parciais de um estudo sobre a atenção em saúde, destacando o aspecto da gestão, em áreas fronteiriças. O objetivo geral foi o de avaliar o processo de implementação do Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional (MIR) como compondo parte da Fronteira Arco Sul (2005).

Os objetivos específicos que conduziram a pesquisa foram: identificar a apreensão dos gestores acerca das proposições do Pacto pela Saúde; identificar a apreensão dos gestores e profissionais de saúde locais acerca das negociações e arranjos efetivados, o nível de participação e da qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação; identificar as iniciativas dos sistemas locais de saúde na direção da concretização do Pacto pela Saúde; analisar se as iniciativas dos sistemas locais são compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS; identificar se a partir da regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, ampliou-se o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros.

Atualmente, com os processos de integração regional em curso e os impactos do fenômeno de globalização, a fronteira tornou-se um foco interessante para a agenda econômica e política. A dimensão social da integração e, em especial, a proteção social à saúde, vêm sendo enfatizadas merecendo destaque os programas na faixa de fronteira.

Os extensos limites fronteiriços do Brasil com os demais países da América Latina, e especialmente os integrantes do MERCOSUL, vêm sendo objeto de preocupações, pois afetam todo o país e, sobremaneira, as regiões fronteiriças. Os fenômenos de intensificação do livre comércio apresentam reflexos sobre o setor social, além da persistência de antigas questões relacionadas à faixa de fronteira, tal como a discrepância na proteção social entre os países, que se aguçam nestes espaços.

Neste sentido, os municípios de fronteira do Brasil têm enfrentado dificuldades em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde, conforme preconizada pela Constituição Federal, pois faltam recursos humanos especializados, equipamentos para



procedimentos de média e alta complexidade, distância entre os municípios e os centros de referência, dentre outros (GALLO; COSTA 2003).

Julga-se necessário situar a concepção de fronteira utilizada no artigo. Numa dimensão socioantropológica, fronteiras são espaços de interações múltiplas entre sociedades, de relações sistemáticas que geram configurações *sui generis* (ABÍNZANO, 2004), compreendidas enquanto trocas socioculturais, políticas e econômicas de grande profundidade e, simultaneamente, de um intenso caráter histórico e temporal (PREUSS; MENDES; NOGUEIRA, 2009).

As regiões de fronteiras são territórios complexos e consideradas espaços limites, no âmbito jurídico formal, e de convivência no âmbito cotidiano, pois nelas existem elementos de integração e de conflitos. Ao abordar esta temática, leva-se em conta que nesses lugares, as políticas sociais e econômicas implementadas, afetam diretamente a população.

Linha ou zona de fronteira assinala um “espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas” (BRASIL, 2005, p. 21).

A região da Faixa de Fronteira¹ caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre brasileira, que abrange 588 municípios de 11 estados: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. Essa área corresponde a 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes, ou seja, 19% da população brasileira. O Brasil faz fronteira com dez países da América do Sul e busca a ocupação e a utilização dessa Faixa de forma compatível com sua importância territorial estratégica (BRASIL, 2005).

A fronteira com os demais países do MERCOSUL é integrada por 69 municípios e uma população estimada em 1.438.206 habitantes (IBGE, 2011). O Rio Grande do Sul é o Estado que possui maior número de municípios na fronteira (42,6%), totalizando 29 municípios, sendo 10 na fronteira com Uruguai e 19 na fronteira com a Argentina. Em segundo lugar, está o Estado do Paraná com 18 municípios (26,5%) sendo 09 na fronteira com a Argentina e 09 na fronteira com o Paraguai. O Estado de Mato Grosso do Sul possui 11 municípios (16,2%) na fronteira com o Paraguai e o Estado de Santa Catarina 10 municípios (14,7%) na fronteira com a Argentina. Na fronteira com a Argentina estão

¹ A Lei nº 6.634, de 1979 é a norma que identifica a faixa de fronteira como região estratégica ao Estado e encontra-se em harmonia com os ideais de justiça e desenvolvimento na referida região (BRASIL, 2005).



localizados 38 municípios brasileiros (55,9%), na fronteira com o Paraguai 20 municípios (29,4%) e na fronteira com o Uruguai dez municípios (14,7%). Em termos populacionais há certa correspondência, pois o RS agrega 45,4% da população total dos municípios da linha de fronteira do Brasil com o MERCOSUL, seguido do Estado do Paraná com 32,1%, do Estado de Mato Grosso do Sul com 17,7% e do Estado de Santa Catarina com apenas 4,9% da população total. Com referência aos países, há uma inversão quando à fronteira brasileira com o Paraguai. Esta assume o primeiro lugar no contingente populacional, correspondendo a 42,7%. A Argentina está em segundo lugar com 33,8% e o Uruguai com 23,6%².

Gadelha e Costa (2007) reiteram os dados apresentados e acrescentam que 27% do território brasileiro localizam-se em faixa de fronteira e o perfil de porte populacional desses municípios é variável. Em geral, são pequenas cidades: do total de municípios da linha de fronteira 73% têm até 20 mil habitantes e 50% têm até 10 mil. Apenas três municípios da linha de fronteira têm mais de cem mil habitantes: Foz do Iguaçu no Paraná, Bagé e Uruguaiana no Rio Grande do Sul. Há uma tendência de que os piores indicadores de saúde se concentrem nas fronteiras (OPAS/OMS, 2002).

Este artigo está constituído por esta introdução à temática, seguida do seu marco teórico onde se discute a gestão da saúde no Brasil, tendo como baliza a Constituição Federal de 1988 e o Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão, nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul, Brasil, com a Argentina e com o Uruguai. Apresentam-se os aspectos metodológicos do estudo, algumas considerações sobre a discussão aqui construída e, por fim, os referencias bibliográficos utilizados.

CONTEXTUALIZANDO O DEBATE

A Constituição Federal de 1988 trouxe importantes inovações em todas as áreas. No que tange ao campo das políticas sociais, especificamente na saúde, consagrou o direito à saúde e definiu princípios e diretrizes para orientá-la, destaca-se a garantia do acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a expressão institucional da política de saúde. Isto também redesenha a estrutura do Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios.

² Projeto de Pesquisa “A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”, sob coordenação da professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira, 2009.



O texto constitucional eleva, no seu artigo 18³, estados, Distrito Federal (DF) e municípios a membros integrantes e ativos da Federação, considerando à autonomia política, administrativa e financeira destes, através da descentralização “conferindo aos estados e municípios ampla autonomia para legislar e arrecadar tributos próprios e para orçar, gerir, despesar e fiscalizar seus recursos, além de reformar tributos e descentralizar receitas” (PNUD, 2011, p. 57).

Na realidade, esta autonomia proclamada na Constituição é relativa, visto que, estados, municípios e o DF são, quase totalmente, dependentes financeiramente da União, concentrando-se, assim, o poder político e decisório das políticas públicas sob sua tutela.

A Constituição Federal também é um marco legal, um divisor de águas no sistema de gestão da saúde pública no Brasil. O conceito de política de saúde aqui adotado abrange questões relativas ao poder e política propriamente dito, envolvendo processos contraditórios e ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. O conceito de gestão em saúde contempla questões de criação e de utilização de meios para concretizar os princípios de organização desta política. Nesse sentido, com a criação do SUS, o Ministério da Saúde assume a área e, buscando superar as lacunas constitucionais, edita as Normas Operacionais Básicas (NOBs).

A NOB 91 explicita o processo de municipalização; a NOB 93 caracterizou-se pela luta quanto ao financiamento do sistema; e a NOB 96 criou os diversos níveis de gestão. As Normas Operacionais de Assistência Social (NOAS) foram responsáveis pela introdução de importantes ferramentas de planejamento e programação em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

É a Lei nº 8.080 que define as atribuições e competências de cada esfera de governo do Poder Executivo. O arcabouço institucional e decisório do SUS é constituído a partir das três esferas de governo na gestão do SUS, com direção única: nacional, estadual e municipal. O colegiado participativo nas mesmas instâncias: os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal; a gestão, respectivamente, através do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais. Integram ainda este arcabouço as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB respectivamente).

Esta referida Lei definiu no Artigo 18 (com doze incisos), a competência dos municípios no setor de saúde, deixando claro à direção municipal do SUS – compete

³ A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988).



(Inciso I) “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de Saúde e gerir e executar os serviços públicos de Saúde”. Tal competência abrange (Inciso II) “participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual”, definindo a extensão de limite dessa competência (Inciso XII) prevendo e autorizando a capacidade de “normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação”.

No texto desta Lei, os artigos 8º, 9º e 10º integram o capítulo III do título, “Da organização, da direção e da gestão”, identificam-se apenas os conceitos de organização e direção. A organização do SUS consiste na estruturação de seus serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Quanto à direção, única em todo território nacional, é dirigido em cada esfera de governo – União, Estado, Distrito Federal e município, pelo órgão político-administrativo responsável pela área, o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde. Cada esfera de governo possui autonomia quanto à organização e à execução dos serviços de saúde. Esta autonomia se expressa na liberdade, responsabilidade e obrigatoriedade em relação aos princípios, diretrizes e bases do SUS. O termo gestão apenas é mencionado no artigo 33, “gestão financeira”.

Com a institucionalização do SUS, na década de 1990, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência “estadualista” desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a “municipalização” a se constituir no eixo condutor do processo de descentralização do sistema. O sistema de alocação de recursos no âmbito do SUS começou a ser desenhado por Normas Operacionais (UGÁ; MARQUES, 2005).

A Norma Operacional Básica (NOB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) estabelecem as diretrizes para a operacionalização do SUS, detalhando a legislação da saúde. A NOB e a NOAS têm como tarefa consolidar o exercício das funções de gestão e do gerenciamento da instituição que disponibiliza os serviços aos seus habitantes.

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), os gestores do SUS atuam em dois âmbitos, o político e o técnico. O âmbito político se expressa através do relacionamento dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços e instâncias de negociação e decisão existentes; é a interação do gestor com os diferentes órgãos de representação da sociedade civil organizada.

O âmbito técnico consubstancia a atuação do gestor do SUS através do exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto



articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 445).

Ainda para os autores, identificam-se quatro grupos de funções, gestoras, nos diferentes campos de atenção à saúde, sendo que cada uma delas compreende uma série de atividades específicas, exercidas de forma diferenciada pelos três níveis de gestores. Salienta-se ainda que é a Lei Orgânica da Saúde - LOS que define e detalha as competências específicas dos gestores do SUS: formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação e; prestação direta de ações e serviços de saúde.

De forma geral, pode-se dizer que,

A) os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação das políticas de saúde; da mesma forma, os três gestores são responsáveis pela realização de investimentos voltados para a redução das desigualdades, cada um em sua esfera de atuação (sendo estratégica a ação do governo federal para a redução das desigualdades regionais); e ainda pelo controle e avaliação do conjunto do sistema, incluindo a avaliação de resultados, nas suas respectivas esferas;

B) as principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira;

C) as principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios;

D) o papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 446-7).

Isto significa que as comissões intergestores são instâncias que propiciam o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde. A CIT tem-se constituído num importante canal de debate sobre temas relevantes, promovendo a participação de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde. É composta por quinze membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos



secretários estaduais de saúde indicados pelo CONASS e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo CONASEMS.

A CIB é uma instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, destacando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual (BRASIL, 1993). Em cada estado há uma comissão, formada paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo COSEMS de cada Estado.

As comissões reúnem-se mensalmente e discutem questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde e referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada Estado. Salienta-se que o processo decisório nessas instâncias se dá por consenso, debate e negociação entre as partes sendo vetada a utilização do mecanismo do voto.

A Lei nº 8.142 indica as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas importantes para participação da comunidade, uma das diretrizes do SUS. Essas instâncias concretizam a ideia de controle social e da gestão participativa, rompendo com os padrões tradicionais de gestão das políticas sociais na sociedade brasileira, como o clientelismo.

As Conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, realizada nacionalmente a cada quatro anos e conta com a participação da sociedade, com representantes dos usuários paritários aos demais segmentos, representantes do poder público, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços.

Os Conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, respeitando a proporcionalidade de cada segmento. Suas atribuições são de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

Em relação à esfera municipal, concorda-se com Righi (2002) quando diz que lidar com a ideia de ser o município o local de produção e não apenas de implementação de programas, leva à consideração de que o espaço do município é complexo. A velocidade das transformações globais dá o tom da instabilidade e da complexidade do processo.



A GESTÃO DA SAÚDE NAS CIDADES-GÊMEAS DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL, COM A ARGENTINA E O URUGUAI.

O tema atenção à saúde em áreas fronteiriças⁴ surgiu no debate na primeira metade da década do século XXI, orientado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ASTORGA, PINTO, FIGUEROA, 2004). Entrou na agenda internacional devido às consequências do reordenamento econômico não pela insatisfação e demanda dos gestores e população residente na área. Há, entretanto, o reconhecimento do aumento dos fluxos e intercâmbios de pessoas, serviços e produtos decorrentes dos processos de integração regional, repercutindo diretamente nos indicadores sanitários e demográficos das cidades fronteiriças, que se tornam corredores econômicos (GIOVANELLA, 2004).

Abordando a temática globalização e sistemas de saúde, entende-se que existem diferenças nos processos de reordenamento econômico entre os países, sendo os de economias nacionais periféricas mais frágeis e dependentes do mercado externo. É importante diferenciar “os sistemas de saúde (SSs) dos sistemas de serviços de saúde, uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos. Quanto aos sistemas de serviços de saúde, integram os SSs, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor [...]” (VIACAVA et al. 2004, p. 713).

O agravamento da situação social, decorrente da reorientação econômica e da valorização do capital financeiro, elimina postos de trabalho, causando desemprego e a inserção no mercado informal, incidindo na situação sanitária da população, aguça as disparidades entre os países ao longo da fronteira. O pauperismo de uma população já empobrecida, aviva as iniquidades em saúde, ocasionando, assim, situações difíceis de serem solucionadas pelos gestores.

Reconhecem-se, nesse aspecto, os problemas próprios dos sistemas de saúde dos países latino-americanos, devido às assimetrias na distribuição de serviços sanitários, além da diversidade de concepções componentes valorativos da população sobre as questões que dizem respeito à saúde. Isto agrava as desigualdades sociais e iniquidades nas regiões situadas ao longo da linha da fronteira. A procura pelos serviços de saúde por parte dos

⁴ A Constituição brasileira de 1988 define como faixa de fronteira a área compreendida dentro de 150 quilômetros perpendiculares à linha do limite do território brasileiro. Atualmente se estabeleceu o uso do termo linha de fronteira, que seria o território municipal que compõe a divisa nacional. Cidades-gêmeas são as que se defrontam com outras de outro país, sem limites físicos marcantes.



estrangeiros, nestas situações, transita para o campo das relações internacionais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2005).

Esta área tem despertado interesse, pois, além do aspecto econômico, há um significativo número de pessoas estrangeiras que procuram pelos serviços e ações de saúde no Brasil, conforme revelado em pesquisas realizadas (NOGUEIRA, 2003; DALPRÁ, 2006, PREUSS, 2007). Estas pesquisas apontam para um fato: as pessoas que ali transitam não possuem titularidade formal de cidadania e os gestores dos sistemas locais de saúde sentem-se pressionados a atender a população fronteiriça. Estes, muitas vezes, não contam com condições técnicas e disponibilidade financeira para tanto. Faltam recursos humanos especializados, equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade, havendo, ainda uma expressiva distância entre os municípios e os centros de referência. Prover o acesso à saúde de maneira universal e integral, como preconizado pela Constituição Federal de 1988, em municípios fronteiriços é uma tarefa complexa e dificultada por estas (e tantas outras) particularidades *loco-regionais*.

A Gestão do sistema de saúde é um instrumento essencial para se efetivar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde, através de distintas técnicas, mecanismos e instrumentos de gerência dos serviços. Devido à especificidade dos municípios brasileiros não é possível tratar do tema da gestão municipal de uma maneira geral. Existem inúmeras possibilidades de gestão municipal da saúde. Há desde formas mais autoritárias e centralizadoras, identificadas em alguns discursos de gestores e profissionais de saúde, até formas mais democráticas e participativas.

Sabe-se que a gestão é permeada por atributos como capacidade econômica, grau de desenvolvimento urbano e localização geográfica. Destaca-se, ainda, o entendimento de política de saúde enquanto uma política social pública, com traços históricos determinantes, decorrentes de situações problemáticas e constitutivas de desigualdades econômico-sociais. Gestão representa o modo de pensar e gerir as organizações, é um modo racional e calculado de ordenar os meios para atingir os resultados. Constitui-se tarefa do gestor o planejamento, organização, controle dos meios ou recursos materiais e humanos para atingir os resultados.

Falar sobre gestão em saúde implica abordá-la em nível teórico-prático, pois revela uma intrincada relação entre produção de conhecimento e prática social, debates teóricos e atuação dos atores. Sobre esta discussão Campos (2008, 2000, 1991) e Merhy (1992) destacam a necessidade de superar a separação entre as responsabilidades e tarefas ligadas à execução e aquelas identificadas à formulação, planejamento e gerenciamento do



processo de trabalho. A horizontalização das relações, o estreitamento das distâncias institucionais, o estímulo à autonomia e à descentralização das decisões são apontados como aspectos estratégicos à democratização da gestão.

Segundo Campos (1991, 1992), a gestão do sistema de saúde, em geral, deve ser conceituada como um meio/instrumento fundamental para se efetivar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde, utilizando diversas técnicas, mecanismos e instrumentos de gerência dos serviços. Ela tem um papel fundamental na concretização dos princípios e objetivos de justiça social que fundamentam a reforma sanitária. A gestão é, portanto um campo profícuo para engendrar possibilidades de transformação, reprodução e atualização das relações historicamente hegemônicas. Hoje a gestão é um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas de saúde pública e da sua transformação em um instrumento de defesa da vida.

A partir da Constituição Federal de 1988, da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) tem-se um novo conceito de gestão e direções de gestão das políticas públicas, sendo a saúde pioneira. Essas mudanças rompem com a tradição histórica de políticas sociais centralizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios. É o marco divisório que representou na história do sistema de gestão da saúde pública no Brasil, se formou a partir de dois elementos essenciais - a universalidade e a descentralização.

O SUS é um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida, constituindo-se num exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais com a participação das três esferas de governo e da sociedade.

No entanto, o sistema descentralizado do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um sistema de transferências inter-regionais. Este sistema deve, por lei, ser descentralizado, hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e aos Estados e à União, respeitando as instâncias, o financiamento, a formulação da política nacional de saúde e a coordenação das ações intergovernamentais. Na distribuição destas funções, estabelecidas pela Constituição e



Lei nº 8.080/90, observa-se que é a União quem concentra e toma as decisões mais importantes da política nacional de saúde (ARRETCHE, 2007), o que significa que as políticas dos governos locais são profundamente dependentes das transferências desta instância.

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), formulou o Pacto pela Saúde – firmado em 2006 entre os gestores (União, Estados e municípios) em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão para Consolidação do SUS. Publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, ele aprova suas respectivas diretrizes operacionais. O Pacto é estabelecido com base nos princípios e diretrizes do SUS, considerando a diversidade e a realidade de cada região e Estado brasileiro, enfatizando as necessidades de saúde da população.

Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Este substitui os anteriores processos de habilitação - normas reguladoras, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB), criadas para operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001, NOAS-SUS 2002, e também estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. No que se referem à transferência dos recursos, estes passam a ser divididos em seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde.

O Pacto pela Saúde em seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, é considerado um grande avanço na gestão e nas relações entre os entes federativos. O Pacto estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente que devem fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.

O Pacto pela Vida estabelece compromissos para atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base na definição de prioridades que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado e a sociedade civil, objetivando consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal. O Pacto de Gestão define as responsabilidades sanitárias das três esferas de gestão (municipal, estadual e federal) para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do



trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social (BRASIL, 2006).

A criação do bloco Gestão do SUS é a primeira iniciativa concreta aprovada, que estabelece financiamento destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização do sistema de saúde: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e implementação de políticas específicas.

O Pacto pela Saúde avança nesta perspectiva ao apontar a regionalização como o eixo estruturante da Gestão do SUS, contemplando, também, as regiões de fronteira. A regionalização objetiva reduzir as desigualdades sociais e territoriais através da identificação das regiões de saúde. Dentre seus pressupostos, destacam-se a territorialização e a flexibilidade. A territorialização é situada enquanto apropriação dos espaços locais, das relações estabelecidas com os sujeitos, das situações regionais e de suas peculiaridades. A flexibilidade no respeito à diversidade, a heterogeneidade territorial brasileira que revela as especificidades estaduais, regionais, municipais e suas dinâmicas distintas, como as regiões de fronteira.

O Pacto de Gestão ao estabelecer as diretrizes para a gestão do sistema – descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão no trabalho e educação na saúde, inova ao reconhecer, na regionalização, as áreas de fronteiras.

A situação encontrada nas cidades-gêmeas, região da fronteira do RS, Brasil, com a Argentina e o Uruguai sinalizam para uma lacuna entre as proposições do Pacto, que permite a inclusão de financiamento diferenciado no Pacto dá-se para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários, nos municípios de fronteira e tem um caráter inovador. Frente a isso, é importante pesquisar sobre os seus processos de adesão favorecendo os ajustes exigidos e identificando se os objetivos, metas e propostas estão realmente sendo viabilizados.

Nas cidades-gêmeas pesquisadas encontrou-se um contexto adverso à consolidação dos preceitos constitucionais de gestão descentralizada, um descompasso entre os princípios e diretrizes estabelecidas e a realidade concreta. Em municípios de pequeno porte para efetivar a gestão do sistema municipal de saúde, através da descentralização, o descompasso é ainda maior. O projeto de regionalização, reforçado com o Pacto de Saúde de 2006, desempenha papel importante nesse sentido. Ao contemplar regiões fronteiriças este objetiva, além de assegurar o cumprimento dos



princípios constitucionais universalidade, a equidade e integralidade das ações e serviços de saúde e ampliar a capacidade operacional dos municípios.

Um mergulho no universo da pesquisa proporcionou a apreensão de cenas do cotidiano dos serviços de saúde das cidades-gêmeas e de situações da rotina institucional. Pode-se visualizar que persistem, modelos de gestão de saúde pautada em formas tradicionais, na racionalidade burocrática, na divisão do trabalho a partir de tarefas, atribuições e cargos e/ou funções ocupadas e na organização normativa. Foi possível identificar nas falas de alguns dos sujeitos entrevistados elementos que compõem a operação administrativa, a divisão de tarefas a partir desse enfoque. A pesquisa revela ainda que muitos gestores de saúde seguem a racionalidade instrumental ou normativa: a hierarquia fundada em diplomas credenciadores, o saber especializado, o cargo como profissão, a fidelidade ao cargo.

Por fim, é possível afirmar que, nesse contexto, convivem formas tradicionais de gestão com formas inovadoras e contemporâneas: identificadas nos municípios, as formas tradicionais de gestão, estão presentes na administração burocrática, na racionalidade gerencial, na hierarquia e centralização do poder, das tarefas, da informação, de controle e dominação e na separação entre quem gere de quem executa o trabalho como atividade pré-determinada pelo gestor/organização; as formas contemporâneas no discurso sobre eficiência, recursos econômico-financeiros, capacidade de gestão, autonomia, responsabilização, social.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada “A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”. A existência desta permitiu o uso de sua base dados como fonte de dados secundários no que concerne às informações referentes ao Pacto pela Saúde. Esses dados haviam sido obtidos por meio de entrevistas com gestores, Secretários Municipais de Saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico dos quais se privilegiou a fala dos atores. A opção por esses sujeitos se justifica, pois são eles, os responsáveis na instância local, pela gestão da política da saúde. Utilizaram-se também dados constantes em sistemas de informações oficiais (sites, planos municipais de saúde, planilhas municipais acerca da pactuação, dentre outros). Como fonte de dados primários



a pesquisa buscou dados de campo por meio de observação assistemática relacionada ao objeto de estudo e registrada em diário de campo.

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

É uma pesquisa social, qualitativa e de abordagem dialética, pois insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, no processo de conhecimento, valorizando e estimulando a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora, do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte, e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (CHIZZOTTI, 1998). As categorias do método historicidade, totalidade, contradição, trabalho e mediação serviram de base e ponto de partida para a construção da tese.

A estratégia metodológica escolhida, para realização desta pesquisa, foi a de estudo de múltiplos casos (casos múltiplos ou coletivos). Sabe-se da impossibilidade de estudar um único caso considerando o universo da pesquisa e também que a área da saúde abarca uma diversidade de enfoques e propostas de gestão, organização, ações, serviços, etc.

Para investigar o processo de implementação do Pacto pela Saúde nas cidades-gêmeas do RS, a pesquisadora explorou, conjuntamente, seis casos. Cada cidade-gêmea foi sujeito de um estudo de caso individual. Porém o estudo, em sua totalidade, abordou todas, o que necessariamente envolveu mais recursos, tempo e pesquisadores, permitindo, assim, a descrição detalhada das experiências e levantando informações necessárias para a análise (COSTA; SILVA; BIASOTO, 2008).

O estudo caracteriza-se por ser multicêntrico. Foram realizadas coletas de dados em diferentes locais - nas cidades de São Borja, Itaqui, Uruguiana, *Paso de Los Libres*, Barra do Quaraí, *Bella Unión*, Quaraí, *Artigas*, Santana do Livramento, *Rivera* e nos países Brasil, Argentina e Uruguai. Isto envolveu, também, um grupo de pesquisadores na coleta e análise dos dados nos demais Estados contemplados para o estudo. Alguns cuidados foram tomados, no que se refere à condução e à uniformidade dos procedimentos de pesquisa em cada uma destas cidades onde se realizou a coleta dos dados, tudo visando assegurar a validade dos resultados, considerando ainda as especificidades dos contextos locais, como: a utilização do roteiro de entrevista padrão; conciliação das abordagens, dos procedimentos de coleta e sistematização das



informações um coordenador em cada universidade, com a função de “apoio” (DAHAI, 2006).

A coleta de dados deu-se a partir de dois instrumentos: entrevista semi-estruturada e observação assistemática. As entrevistas, do lado brasileiro, foram realizadas com os gestores, Secretários Municipais de Saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico. Do outro lado da fronteira, entrevistaram-se profissionais responsáveis pela política de saúde, mencionados como referências nas entrevistas com os brasileiros. Durante a realização das entrevistas, procurou-se “compreender a experiência que eles têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram” (CHIZZOTTI, 1998, p. 84). Tais questões constituem o núcleo de referência para a análise e interpretação dos dados.

Delimitaram-se, como campo de pesquisa, as cidades-gêmeas do Rio Grande do Sul:

- a) São Borja⁵;
- b) Itaqui⁶;
- c) Uruguiana – *Paso de Los Libres*;
- d) Barra do Quaraí – *Bella Unión*;
- e) Quaraí – *Artigas*;
- f) Santana do Livramento - *Rivera*.

Os sujeitos entrevistados - gestores, Secretários Municipais de Saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico, foram devidamente esclarecidos e convidados a participarem da coleta de dados. A dinâmica das entrevistas consistiu em:

A) Apresentação das pesquisadoras, dos propósitos da pesquisa e da documentação: Após serem informados sobre o que consiste a pesquisa decidiram, em pleno conhecimento, pela participação da pesquisa. Além da Carta de Apresentação das pesquisadoras foi disponibilizado a cada entrevistado um resumo do Projeto de Pesquisa, onde constam os objetivos e procedimentos a serem realizados nesta, obedecendo às normatizações de pesquisa em saúde do CNS 196/1996. Utilizou-se também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

⁵ Em São Tomé, Argentina, cidade-gêmea de São Borja não foi realizada a pesquisa pelo fato de que o trânsito de pessoas não é tão intenso e significativo como nos demais municípios.

⁶ Em Alvear, Argentina, cidade-gêmea de Itaqui, também não se realizou a pesquisa, pois, além do trânsito de pessoas não ser intenso e significativo, nesta cidade, do país vizinho, o acesso se dá por balsa, o que dificultou o trânsito devido aos horários de travessia.



B) Metodologia da entrevista: as questões feitas seguiram o roteiro estabelecido e de acordo com as informações disponibilizadas e quando necessário buscava-se aprofundar a temática relatada.

A fala dos entrevistados foi analisada e interpretada a partir da análise de conteúdo temática. Esta técnica possibilita encontrar núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência (de palavras, frases, conceitos e representações) são significativas para o alcance dos objetivos traçados nesta pesquisa.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Os resultados da pesquisa realizada evidenciaram que a descentralização da política de saúde no Brasil é perpassada por complexas relações entre as três esferas de governo. Os entrevistados apontaram que o Governo Federal exerce um papel indutor, através de mecanismos de transferências de recursos financeiros para os municípios em função de sua adesão ao Pacto pela Saúde. Antes do Pacto, as políticas e programas federais foram reguladas e operacionalizadas por meio de inúmeras portarias atreladas a mecanismos de financiamento.

A análise do contexto local da política de saúde forneceu elementos centrais para afirmar que a pactuação não ocorreu com a mesma racionalidade como foi definido no enunciado teórico e no amparo legal. Além da morosidade e burocracia no processo de adesão, constataram-se resistências e dificuldades de compreensão e socialização da proposta. Regiões de fronteira mudam radicalmente seu papel na atualidade, passam a representar um território de integração regional, com forte apelo à cooperação, intercâmbio e integração transfronteiriça, porque o mais interessante na atual situação é a maneira como o capitalismo organiza-se através, inclusive, da mobilidade geográfica. Porém, nas cidades-gêmeas pesquisadas, tal situação é uma realidade bastante distante: as ações voltadas à integração são isoladas, informações nem sempre compartilhadas e devido às distâncias com os principais centros decisórios há dificuldades de comunicação, acordos firmados parecem não se concretizar, dentre outras questões aqui apontadas. Ali a fronteira ainda está à margem das políticas centrais de desenvolvimento. Há centralização da União nas decisões, na formulação de programas e projetos e no repasse dos recursos aos municípios.

Os dados da pesquisa evidenciam que, em sua maioria, os gestores têm um entendimento superficial acerca das proposições do Pacto pela Saúde, o que fragiliza o processo de pactuação. Identificou-se, ainda, que, isto se deve a centralização das



informações e pela falta de um —nivelamento do conhecimento sobre o Pacto, tanto entre os diferentes níveis de governo, como também, entre os profissionais da área de saúde nos municípios. Nesse sentido, é imprescindível a horizontalidade nas relações entre o conhecimento de todos, para o sucesso do Pacto, uma vez que o documento pretende romper com práticas antigas da normatização do SUS.

Na pesquisa não se identificaram iniciativas dos sistemas locais de saúde na direção da concretização do Pacto de Gestão, uma vez que apenas o município de São Borja operacionalizava-o por ocasião da realização da pesquisa de campo deste estudo. Os demais —aguardavam por deliberações e repasse dos recursos. Constatou-se assim, que as negociações e arranjos são efetivados apenas em âmbito local e o nível de participação e a qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação são extremamente limitados.

De acordo com os resultados das entrevistas, as iniciativas dos sistemas locais —pretendem ser compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS. A regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, ainda não foi concretizada, e, assim, não ampliou o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros. Entende-se que a intenção originária do Pacto é ampliar a capacidade operacional dos municípios, incluindo a população estrangeira nos mesmos patamares de atenção integral e universal garantida nos termos constitucionais aos brasileiros. Os municípios brasileiros, com distintas dimensões geográficas, apresentam estrutura econômico-social heterogênea, especificidades no que se refere à região, ao porte, à capacidade de gestão e distância a um centro regional ou capital. Tais características repercutem diretamente em ações, serviços e na gestão da saúde. Esse quadro aponta para a importância da descentralização das políticas públicas e a autonomia do governo local.

REFERENCIAL

Abíznano, Roberto Carlos (2004) Antropología de los procesos transfronterizos: conocer y actuar en la región de fronteras. Cuadernos de La Frontera, ano 1, n. 1-2, mar.

Arretche, Marta (2007) A agenda institucional. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 22, n. 64, p. 147-151, jun. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n64/a11v2264.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.



Astorga, Ignácio; Pinto, Ana Maria; Figueiroa, Marco (2004) Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Brasil (1988) Constituição. Brasília: Senado Federal.

_____ (1990) Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília.

_____ (1990) Ministério da Saúde. Lei 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. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 12. mar. 2010.

_____ (1993) Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial da União. Brasília.

_____ (2005) Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional.

Campos, Gastão Wagner de Sousa (1991) A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec.

_____ (1992) Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec.

_____ (2000) Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. Saúde em debate v. 24, n. 55, p. 82-91, maio/ago.



_____ (2008) Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. Cad. Saúde Pública v. 24, n.10, p. 2200-2201, out. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/01.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

Chizzotti, Antônio (1998) Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 3. ed. São Paulo: Cortez.

Dal Prá, Keli Regina (2006) Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso a saúde no MERCOSUL. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Gadelha, Carlos Augusto Gorbois; Costa, Laís (2007) Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cad. Saúde Pública v. 23, sup. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/10.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

Gallo, Edmundo; Costa, Lais (ORGs) (2003) A Integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS – MERCOSUL. In: Gallo, Edmundo; Costa, Lais (ORGs). SIS – MERCOSUL Uma agenda para a integração.

Giovanella, Lígia. (2004) Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Projeto de Pesquisa. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/projeto.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2009.

Guimarães, Luisa; Giovanella, Lígia (2005) Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 10, Santiago. Anais. Santiago: X Congreso del Clad, p.18-21.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 3 abr. 2011.

Merhy, Emerson Elias (1992). A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec.



Nogueira, Arnaldo Mazzei (2007) Teoria geral da Administração para o século XXI. São Paulo: Ática.

Nogueira, Vera Maria Ribeiro (2003) Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde. Florianópolis: UFSC. Projeto de Pesquisa.

Noronha, José Carvalho; Lima, Luciane Dias de; Machado, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (Orgs.) (2008) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 435-72.

Oliveira, Jayr Figueiredo de; Silva, Edison Aurélio da (2006) Gestão organizacional: descobrindo uma chave de sucesso para os negócios. São Paulo: Saraiva.

OPAS/OMS (2001- 2002) Informe de la Trifrontera: Estudio de Red Fronteriza Brasil, Argentina, Paraguai.

Preuss, Lislei Teresinha; Mendes, Jussara Maria Rosa; Nogueira, Vera Maria Ribeiro (2009) Proteção social e acesso à saúde: Uma abordagem sobre território, fronteira e MERCOSUL. In: Silva, Vini Rabassa da; Mendes, Jussara Maria Rosa; Fagundes, Helenara Silveira; et al.(Orgs.). Política Social: temas em debate v. 1. Pelotas: EDUCAT, p. 133-160.

PNUD (2011) Índice de desenvolvimento humano municipal. Brasília: PNUD. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

Preuss, Lislei Teresinha (2007) O Direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

Rigui, Liane Beatriz (2002) Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas.

Ugá, Maria Alicia; Marques, Rosa Maria (2005) O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio



Coelho; et al. (Orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 193-235.

Viacava, Francisco. et al (2004) Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva v. 9, n. 3, p. 711-724. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz (2006) Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia. Salvador.