



## DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM ÁREAS FRONTEIRIÇAS

Vera Maria Ribeiro Nogueira<sup>1</sup>

Helenara Silveira Fagundes<sup>2</sup>

Carla Gabriela Cavini Bontempo<sup>3</sup>

**RESUMO:** Este texto discute as desigualdades sociais em saúde em áreas fronteiriças entendendo-as como uma das expressões da determinação social do processo saúde e doença, vinculadas a institucionalização das políticas sanitárias no plano local. Demonstra a vinculação entre a forma de materialização das políticas e o acirramento das desigualdades em decorrência de sua forma de implantação, detalhando as determinações nos campos institucional, jurídico e administrativo. Duas categorias orientam a análise: o Estado, a determinação social da saúde. As conclusões apontam para um corte rígido entre as propostas políticas de cooperação, integração e mesmo harmonização de serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas, Fronteiras, Desigualdades em Saúde, Sistemas de Saúde, Mercosul.

**ABSTRACT:** This paper discusses social inequalities in healthcare in border regions, understanding them to be expressions of the social determination of the health and illness process and related to the institutionalization of local healthcare policies. It demonstrates the tie between the form of materialization of the policies and the intensification of inequalities due to their form of implementation, detailing the determinations in the institutional, legal and administrative fields. Two categories guide the analysis: the state and the social determination of health. The conclusions point to a rigid division between the political proposals for cooperation, integration and even harmonization of healthcare services.

**Key words:** Public policies, border, Inequalities in healthcare, health systems, Mercosur.

---

<sup>1</sup> Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: vera.nogueira@pq.cnpq.br

<sup>2</sup> Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

<sup>3</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: cacaias@hotmail.com



## 1 INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde podem ser aquilatadas a partir da aferição de indicadores sócio-demográficos e sanitários da população, entretanto as explicações para estas desigualdades estão sob a ordem da determinação social do processo saúde-doença. Não por outra razão, a partir do fracasso das medidas de reajustes das economias nacionais, especialmente na América Latina, reacende-se o debate acerca determinantes sociais da saúde, a partir de 2005, por iniciativa da Organização Mundial de Saúde – OMS. Com o intuito de dar relevância à questão foi constituída, sob os auspícios da própria Organização das Nações Unidas, uma Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde. O relatório apresentado pela Comissão procurou-se evidenciar, ainda que de maneira tênue, como o impacto das medidas de reajustes no campo econômico, e a retração do Estado no campo social, convergiram diretamente para o agravamento das condições sanitárias dos países periféricos. Imediatamente surgiram questionamentos e críticas, extremamente fundamentadas, sobre a posição da OMS com respeito às debilidades explicativas acerca das implicações sociais no processo saúde-doença.

Entretanto, um fator positivo constatado, mesmo se considerando a abordagem pouco audaciosa do relatório da OMS, foi a indução de estudos apontando a evidência dos indicadores que retrataram as desigualdades em saúde nos países que mais sofreram com as consequências dos ajustes econômicos. Estes ajustes terminaram por alterar o modelo cívico recém-iniciado na América Latina (SANTOS, 2007).

No Brasil, a criação de uma Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, em 2005 produziu, no prazo de três anos, um denso relatório expondo de que forma a situação de pobreza e outros fenômenos característicos da vida atual impactaram a saúde da população, ampliando as desigualdades sociais no campo sanitário. Em que pese a importância estratégica e política do relatório apresentado, e o acerto de algumas propostas da Comissão Nacional, uma questão ficou em segundo plano. A responsabilidade pública na implantação das ações e serviços de saúde, os quais viriam materializar as diretrizes e definições políticas foi abordada *en passant*. Entende-se não ser este um fator de somenos importância, pois é impeditivo de atuação por parte de profissionais e organizações populares na busca da garantia dos direitos originários destas mesmas políticas, retardando a construção de um arsenal crítico sobre a situação vivenciada.



Em regiões de fronteira, pela sua própria situação geopolítica, esta questão é agravada, pois a demanda por ações e serviços não se circunscreve aos nacionais, o que já é perverso em si, como ainda reduz qualquer possibilidade de harmonizar ou até mesmo estabelecer ações cooperativas entre os sistemas locais de saúde, favorecendo um atendimento integral à população ali residente. Considerando o cenário sumariado acima, este texto busca demonstrar a vinculação entre a implantação de políticas de saúde na linha de fronteira e o acirramento das desigualdades em decorrência de sua forma de implementação, impondo determinações nos campos institucional, jurídico e administrativo.

Duas categorias teóricas orientam a análise e a construção da argumentação: o Estado em ação e a determinação social da saúde. Como categoria empírica tomou-se como referência a fronteira como espaço do vivido, como um espaço construído socialmente. A análise foi realizada a partir dos dados que integram o acervo de informações sobre o direito à saúde no MERCOSUL, notadamente estudo avaliativos sobre a implantação do Pacto pela Saúde e as iniciativas de cooperação entre sistemas locais de saúde na franja internacional. As conclusões apontam para um corte rígido entre as propostas política de integração e harmonização de serviços de saúde e os resultados adversos decorrentes das estratégias e mecanismos de implantação, destacando-se o papel de um ator político por excelência, ou seja, o gestor dos sistemas de saúde e responsável pelo Estado em ação no plano municipal. É o que se pretende demonstrar a partir da avaliação da implantação de políticas nacionais na área de fronteira, evidenciando a relevância do gestor neste processo, para o bem ou para o mal.

## **2 O ESTADO EM AÇÃO – FORMULAÇÃO E EXECUÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS**

A reflexão sobre direitos e cidadanias não pode prescindir do debate sobre o papel e a funcionalidade do Estado nestas questões. Trabalha-se, neste texto, com a apreensão do Estado em ação, significando sua influência no ordenamento societário ou na construção de um modelo cívico, através das medidas de cunho econômico ou social, ou ainda, a ausência de medidas, pois a não ação é também uma das formas de direcionar política ou estrategicamente as demandas. Tomando-se também como referência a posição de Adelantado e Rambla (2002), leva-se em conta a relação entre Política Social e Estrutura Social, influenciando-se mutuamente e operando o eixo igualdade/desigualdade. Ao se ter como objeto de estudo o direito à saúde, e este ser decorrente de condições históricas,



culturais e ideológicas, sob o predomínio econômico, importa apreender as determinações sociais que expressam as desigualdades. A saúde é uma dimensão fortemente marcada, e muitas vezes determinante, na constituição das desigualdades. As esferas das estruturas sociais responsáveis pelo trânsito entre igualdade e desigualdade são, respectivamente a doméstico-familiar, estatal, mercantil e relacional (ADELANTADO e RAMBLA, 2002).

A esfera estatal diz respeito às disposições jurídicas sobre quais bens e recursos ficam sob a responsabilidade do Estado, definições que implicam em um jogo político constante, expressando o conflito de classes que permeia a divisão do fundo público e a mercantilização da atenção à saúde. Transpondo para o campo concreto, têm-se os grandes determinantes das políticas sanitárias, a organização do sistema do país e o sistema de saúde, ou seja, os macro-determinantes das políticas de saúde (COSTA; SILVA; BIASOTO, 2008). A esfera doméstica e a relacional definem o espaço social de troca, onde se distingue o que é valor, a concepção de saúde e a valoração atribuída ao direito à saúde, no plano das práticas e efetivação dos serviços e sistemas de saúde. A esfera mercantil define o que é mercadoria e o que é direito, evidenciando o grau de estatização ou privatização dos sistemas de serviços de saúde. As condições de desigualdade derivam da situação de classe; etnia; cidadania, diferença de posição face ao Estado e das capacidades organizativas (sujeitos coletivos influenciando ou não as agendas públicas) (ADELANTADO e RAMBLA, 2002). No caso de harmonização de sistemas de saúde entre países, a primeira vista, as maiores desigualdades são determinadas pela situação de etnia, cidadania e classes sociais. Além da cidadania em si, as formas de atribuição de cidadania pautada em critérios distintos - *jus solis e jus sanguini* - constituem-se em mais um, entre tantos outros, fatores de desigualdade. Igualmente o diferencial de classe e segmento de classe, em situações empobrecidas como é a realidade fronteiriça no Brasil, torna marcante a situação de total desamparo no campo sanitário. Outro fator preponderante na construção destas desigualdades, ou em sua redução, é a forma institucional que conformam as políticas sociais ao adquirirem materialidade.

Complementando esta abordagem entende-se a política de saúde como política pública, não sendo, entretanto, unicamente uma intervenção do Estado em uma situação considerada crítica, conforme é comumente apresentada. De acordo com Di Giovanni (2009), a política pública é

[...] uma *forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas*, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, entendida aqui  
Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão  
CEP: 65 085 - 580, São Luís, Maranhão, Brasil  
Fone(98) 3272-8666- 3272-8668





num sentido amplo, que inclui as relações sociais travadas também no campo da economia. Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal.

A mesma posição é encontrada em Bucci (2006, p. 4) ao indicar que a fruição dos direitos é uma questão complexa e exigindo um conjunto de garantias e medidas concretas do Estado, “que se amplia de forma a disciplinar o processo social, criando modos de institucionalização das relações sociais que neutralizem forças desagregadoras e excludentes da economia capitalista e possam promover o desenvolvimento da pessoa humana”. É o Estado em ação, com intencionalidades explícitas ou implícitas, modelando comportamentos e sendo modelado igualmente pelos interesses em presença. Tal aspecto institucional do Estado deve ser resgatado como um fator importante na execução das políticas públicas, tanto de corte econômico como social.

Usualmente as análises sobre a intervenção estatal, seja no campo econômico ou social, referem-se a esfera federal, descuidando-se, em grande parte da implantação das mesmas no âmbito municipal. Desde a Constituição de 1988 vem ocorrendo uma forte descentralização para as esferas subnacionais, com a centralidade na municipalização das políticas em sua dimensão operativa. Em decorrência deste processo, um dos atores-chaves torna-se o gestor municipal, ao qual é atribuída a responsabilidade pela execução das definições nacionais. Nota-se um profundo *gap* na produção intelectual sobre o papel e a função do gestor municipal na efetivação dos direitos garantidos através políticas nacionais. Mesmo quando não são ainda direitos garantidos, mas possibilidades de ampliação, como no caso da cooperação entre os sistemas locais de proteção social em áreas de fronteira, situação na qual o gestor é a peça-chave, não tem sido analisadas. Ou quando analisadas, usualmente em dissertações e teses, não alcançam a relevância necessária para servirem de guia para ajustes e reencaminhamentos no campo das políticas públicas.

### **3 FRONTEIRAS INTERNACIONAIS E SAÚDE – PANORAMA NO SUL DA AMÉRICA LATINA**

A partir de 2002 há uma reversão na compreensão da área fronteiriça como um espaço geopolítico-chave para o processo de integração regional em curso, conforme



indicam os Programas de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL - MIN, 2005, 2009).

Desponta, por esta razão, um leque de iniciativas, em diversas áreas e setores governamentais, monitoradas pelos governos dos Estados-parte do MERCOSUL, alterando radicalmente o significado e as ações programáticas em relação à proteção social e a concepção de fronteiras. A indicação da fronteira, até então “considerada fundamental para defesa do território nacional, e sua ocupação e utilização serão reguladas em lei.” (MIN, 1988) deixa de ser a tônica dos debates. Proposições distintas passam a permear o discurso e as práticas na região fronteiriça, em decorrência do novo ordenamento geopolítico regional. Estas regiões passam a ser forte referência como “espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação” (MIN, 2005, p. 21).

O Ministério da Saúde que, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, formulou dois dispositivos programáticos visando ampliar a integração transfronteiriça. Um deles foi o Programa do Ministério da Saúde *Sistemas Integrados de Saúde – SIS – Fronteiras*, lançado oficialmente, em setembro de 2005, na cidade de Uruguaiana. As diretrizes do programa são identificação, qualificação, reorganização e regulamentação do atendimento para os municípios que aderirem ao programa de integração dos serviços de saúde das regiões fronteiriças. É um “projeto da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteiriça do Brasil” (Ministério da Saúde, 2005).

O outro dispositivo foi a inclusão, no *Pacto pela Saúde*, de financiamento diferenciado para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários nos municípios de fronteira. O *Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida, Pacto pelo SUS e Pacto de Gestão* – compreendendo efetivamente as três dimensões do sistema de (Ministério da Saúde, 2008). A intenção originária foi ampliar a capacidade operacional dos municípios, incluindo a população estrangeira nos mesmos patamares de atenção integral e universal garantida em termos constitucionais aos brasileiros. Este dispositivo incorpora uma inovação radical em relação à concepção de território, trabalhando com o conceito de territorialidade. As regiões sanitárias se constituem incluindo parcela de território dos municípios do outro lado da fronteira, ou seja, abolindo fronteiras e favorecendo um atendimento integral.

Com as mesmas preocupações, o governo paraguaio, pressionado pela ampla extensão territorial de suas fronteiras, foca sua atenção no binômio saúde-fronteiras e propõe ações integradoras, direcionadas especificamente para a linha de fronteira.



O Uruguai vem utilizando os recursos do Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul - FOCEM, dentro da rubrica do Programa de Coesão Social, desde 2009, e sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social – MIDES desenvolve dois projetos que buscam contribuir com o desenvolvimento social especialmente nas zonas de fronteira.

Além das iniciativas dos países isoladamente, acordos bilaterais sinalizam claramente para ampliação do direito à saúde para além dos limites nacionais, rompendo com a cidadania vinculada à nacionalidade. Nesta categoria se enquadra o decreto N° 5.105, de 14 de junho de 2004, no qual os governos brasileiros e uruguaios formalizam o **Acordo** para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para permissão de ingresso, residência, estudo, trabalho, previdência social e concessão de documento especial de fronteiroço a estrangeiros residentes em dezoito localidades fronteiriças. Posteriormente foi ampliado, em um ajuste complementar ao Acordo para Prestação de Serviços de Saúde. Este acordo torna a sua região de abrangência uma faixa onde não existe a cidadania brasileira ou uruguaia, mas uma cidadania regionalizada. O mesmo ocorre com o Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, celebrado em Puerto Iguazú, em 30 de novembro de 2005. Este Acordo estabelece o direito dos residentes em cidades localizadas na fronteira a uma carteira de trânsito vicinal fronteiroço, com o qual poderão trabalhar no país vizinho, com direitos trabalhistas e previdenciários. Terão ainda direito ao ensino público e aos serviços públicos de saúde com as mesmas condições de gratuidade e reciprocidade.

#### **4 A DISTÂNCIA ENTRE A INTENÇÃO E A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA**

Tanto em relação ao SIS Fronteiras, como ao Pacto pela Saúde, como aos Acordos bilaterais, evidenciam-se as dificuldades no campo da gestão, derivadas em grande parte pelo desconhecimento administrativo e acentuadas pela ênfase em aspectos personalistas e distantes do que seria esperado de um gestor público. Embora a descentralização do sistema de saúde brasileiro tenha se iniciado há algum tempo pode-se perceber os gargalos na implantação de uma rede de serviços cooperativos factível de contribuir para a melhoria do atendimento à população, sendo que as dificuldades para programação de ações conjuntas entre os sistemas de saúde ainda não foram transpostas.



A partir dos dados apresentados, pode-se inferir que por conta do reduzido número de municípios que aderiram ao Pacto e pelo pouco tempo de adesão dos mesmos, que o novo instrumento ainda não se configura como uma forma de melhorar e racionalizar a descentralização da gestão do SUS, sendo eles fronteirços ou não, pois apenas três municípios fronteirços ao Uruguai assinaram o documento, comprometendo-se a efetivar as modificações previstas. A exigência de um posicionamento de adesão do gestor municipal dá a dimensão da sua importância na condução e resultados do sistema, concorrendo para diversidade de atenção à saúde ao longo da fronteira.

Sobre a implementação do SIS Fronteiras, os objetivos iniciais do Programa não foram atingidos, sendo que os recursos financeiros foram utilizados unicamente para ampliar a rede de serviços locais e manter atualizado o banco de dados. Os aspectos de integração ou mesmo de cooperação transfronteiriça, propostos, igualmente não se concretizaram e nem mesmo se identificou quaisquer iniciativas neste sentido. Paulatinamente os recursos foram redirecionados para aspectos administrativos em detrimento de ações programáticas.

O papel dos gestores se revelou crucial e preocupante, pois a descontinuidade administrativa é constante, não permitindo que até mesmo programas já em execução alcancem os objetivos previstos. Os dados 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. Constatou-se que as negociações e arranjos são efetivados apenas em âmbito local, e o nível de participação e qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação são limitados. A segmentação das ações administrativas, favorecida pela reduzida capacidade de planejamento dos municípios e a não referência à política pública, não contribuí para o êxito das inovações ministeriais. Usualmente é um eterno recomeçar em novas bases éticas e políticas e também distantes de determinações jurídico-administrativas de âmbito nacional.

Assim, a regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, promulgado em 2006, ainda não foi concretizada, e, portanto, não ampliou o acesso ao sistema a ações de saúde aos brasileiros e estrangeiros de forma igualitária.

Conclui-se, portanto, que as estratégias de descentralização e regionalização, preconizadas no Pacto pela Saúde, podem ser uma importante ferramenta para a melhoria





do provimento de serviços e garantia de direitos à saúde, porém a implementação tem sido falha, desde o início, no 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. Nos demais estados houve maior adesão ao Pacto, embora tenha ficado muito aquém do desejado.

Quanto aos Acordos entre Brasil e Argentina e Brasil e Uruguai, se não ocorre um desconhecimento completo sobre os mesmos, o que se verifica é a ausência de mecanismos jurídicos e administrativos que deem conta de sua efetivação. Esta ausência é utilizada pelos gestores de acordo com seu posicionamento ético-político – ora inclusivo, ora excludente, refletindo uma posição personalista e não vinculada à gestão pública, única instância competente para garantir direitos, em qualquer um dos níveis de poder e especialmente na concretização das diretrizes e propostas políticas acordadas na esfera federal.

## REFERÊNCIAS

ADELANTADO, J. ; NOGUERA, J.A. y RAMBLA, X. El marco de análisis: las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales. **Cambios en el Estado del Bienestar**. Barcelona: Icaria. 2000, p. 23 – 61.

BRASIL. 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, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pactos pela Saúde. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021). Acesso em 12 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Acordo sobre localidades fronteiriças vinculadas. Disponível em : [http://www2.mre.gov.br/dai/b\\_argt\\_402\\_5639.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/b_argt_402_5639.htm). 2005 . Acesso em: jul. de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1228](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1228). Acesso em 21 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Lei 907 de 21 de novembro de 2003. Prevê a igualdade de direitos entre brasileiros e uruguaios. 2003. Disponível em < <http://www.presidencia.gov.br/casacivil/>> . Acesso em 27 de jun. 2005.



BUCCI, M. P. D.(Org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Editora Saraiva. 2006.

COSTA, V.L.C.; SILVA, P.L. B. ; BIASOTO, G. (Orgs.) **Efetividade das Políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América Latina**. São Paulo: Biruta, 2008.

DI GIOVANNI, G. **AS ESTRUTURAS ELEMENTARES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**. NEPP/UNICAMP. 2009.

SANTOS, M. **O espaço do Cidadão**. São Paulo: EDUSP. 2007.