

ARTÍCULO ORIGINAL

A DIMENSÃO SOCIAL DO MERCOSUL EM ESPAÇOS FRONTEIRIÇOS: ASSIMETRIAS E CONVERGÊNCIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE

LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL MERCOSUR EN ESPACIOS FRONTERIZOS: ASIMETRÍAS Y CONVERGENCIAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Vera Maria Ribeiro Nogueira*

Resumo: Este artigo tem como objetivo apresentar a realidade dos sistemas locais de saúde nas linhas da fronteira em termos de ações e serviços, demandas, acesso e condições de acessibilidade para nacionais e não nacionais. A abordagem das fronteiras para estudo se deve à debilidade dos indicadores sociais na região, marcada por altas taxas de desigualdade, carência de recursos de infraestrutura e dificuldade de acesso aos bens e serviços que compõem a cidadania social em saúde. Apresenta as similitudes e divergências concretas da proteção pública na atenção em saúde nas cidades gêmeas na percepção dos gestores. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, segmentadas em duas grandes vertentes: os usuários nacionais e os não nacionais. Os sujeitos da pesquisa foram os gestores de cidades gêmeas situadas nas fronteiras entre Brasil e Argentina, Brasil e Uruguai, Brasil e Paraguai, e Argentina e Paraguai. Os resultados apontam para as distinções entre ações e serviços prestados, o frágil conhecimento sobre a demanda para os não nacionais, o interesse pela cooperação em saúde e a debilidade financeira para garantir o atendimento à demanda. As conclusões apontam para a centralidade do gestor frente à implementação das ações e serviços de saúde e a descontinuidade programática como um dos maiores óbices para ampliar a garantia da saúde em espaços transfronteiriços.

Palavras-chave: MERCOSUL, dimensão social, fronteiras, políticas de saúde.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo presentar la realidad de los sistemas locales de salud en línea de frontera en términos de acciones y servicios, demandas acceso y condiciones de accesibilidad para poblaciones nacionales y no nacionales. El abordaje de fronteras como tema de estudio se debe a la debilidad de los indicadores sociales en la región, marcada por altas tasas de desigualdad, escasez de recursos de infraestructura y dificultades de acceso a los bienes y servicios que componen la ciudadanía social en salud. Presenta semejanzas y diferencias concretas de la protección pública en la atención de la salud en las ciudades gemelas a partir de la percepción de los gestores. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semiestruturadas, organizadas a partir

* Universidade Católica de Pelotas/Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
Email: veramrn@gmail.com
Recibido: 17/07/2018. Aceptado: 14/11/2018.

de dos grandes aspectos - usuarios nacionales y usuarios no nacionales. Los sujetos de investigación fueron gestores de ciudades gemelas situadas en las fronteras entre Brasil y Argentina, Brasil/Uruguay, Brasil/Paraguay y Argentina/Paraguay. Los resultados apuntan distinciones entre acciones y servicios prestados, frágil conocimiento sobre las demandas provenientes de no nacionales, existencia de un interés por la cooperación en salud y debilidad financiera para garantizar la atención de la demanda. Las conclusiones señalan la centralidad del gestor frente a la implementación de acciones y servicios de salud y la falta de continuidad programática como uno de los mayores obstáculos para ampliar la garantía de la salud en espacios transfronterizos.

Palabras clave: MERCOSUR, dimensión social, fronteras, políticas de salud.

I. Introdução

Contra-pondo-se à visão predominantemente econômica evidente nos primeiros encaminhamentos para a construção do MERCOSUL, a dimensão social emerge como essencial para a consolidação do bloco a partir dos anos 2000. Esta situou-se e situa-se, ainda hoje, como um dos fatores decisivos para a implementação da cidadania regional na medida em que contém uma densidade efetiva construída a partir das vivências cotidianas da população, com impacto na superação de nacionalismos e particularidades nacionais no âmbito das políticas sociais.

Ao se referir à cidadania regional, os espaços fronteiriços são considerados o primeiro degrau da regionalização e se constituem em laboratórios de experiências de integração da região do MERCOSUL (Desiderá & Penha, 2016). A escolha das fronteiras como objeto de estudo se deve também à debilidade dos indicadores sociais na região, marcada por altas taxas de desigualdade, carência de recursos de infraestrutura e dificuldade de acesso aos bens e serviços que compõem a cidadania social em

saúde.

Privilegiou-se, neste artigo,¹ a dimensão social relacionada à saúde por se constituir um dos núcleos duros das políticas sociais, ter um forte impacto entre as pessoas e se inscrever no âmbito do direito à vida. Este artigo tem como objetivo apresentar a realidade dos sistemas locais de saúde fronteiriços, resgatando demandas, serviços, acesso e condições de acessibilidade, marcando as similitudes e divergências concretas da proteção pública em saúde na percepção dos gestores.

Assim, interessou explorar a dimensão social, materializada através das políticas de saúde e seu grau de institucionalidade quanto aos elementos técnico-operativos ou substantivos

1 Este artigo se baseia no relatório Cidadania em Zonas de Fronteira: o caso do MERCOSUL, resultado de uma consultoria financiada pelo Instituto Social do MERCOSUL, em 2017, cuja finalidade foi construir um diagnóstico sobre a institucionalidade dos sistemas de proteção social nas fronteiras entre os Estados Partes do MERCOSUL.

(Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, CEPAL, 2016), pois estes concretizam, efetivamente, a proteção social ao estabelecer o liame entre propostas programáticas e sua concretização; envolvem a capacidade de planejamento e gestão das políticas e programas sociais, ou seja, colocam o Estado em ação; no entanto, “[...] é necessário não perder de vista que todas estas ações serão em vão se não geram ações concretas que facilitem o acesso, apropriação e exercício de uma cidadania plena dos povos da região” (Instituto Social do MERCOSUL, ISM, 2012).

As estratégias metodológicas foram encaminhadas no sentido de favorecer a identificação da concretude das ações e serviços de saúde, tanto para os nacionais como para os não nacionais. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, segmentadas em duas grandes vertentes: os usuários nacionais e os não nacionais, visando vislumbrar as possibilidades futuras de cooperação em saúde. Foram entrevistados os gestores dos sistemas de saúde nos municípios de Foz do Iguaçu, Ciudad del Este, Puerto Iguazu, Santana do Livramento, Rivera, Concordia, Salto, Posadas e Encarnación.

Houve especial cuidado na abordagem aos gestores devido à situação geográfica de fronteira internacional, entendida como zona de alta porosidade, instituindo um espaço comum diverso do nacional, sem descolar-se deste.

2. A cidadania social enquanto construção social, política e institucional

O debate sobre a cidadania social

se instaura como demanda e como construção institucional com os governos progressistas eleitos, à época, nos países integrantes do MERCOSUL, com vistas a ampliar os objetivos iniciais de uma integração regional voltada unicamente para o desenvolvimento econômico da região. Dois fatores concorreram para essa alteração de perspectiva. O primeiro, de ordem estritamente econômica, refere-se às limitações do desenvolvimento e às capacidades dos Estados Partes (ISM, 2012, p. 26); o segundo, ao aprofundamento da questão social na América Latina, entre o final de 1980 e a década de 1990, em decorrência das medidas econômicas de ajustes estruturais adotadas pelos estados nacionais. Os indicadores apontavam o crescimento dos segmentos populacionais situados na faixa de extrema pobreza, agravada pela precarização das relações de trabalho e pelo desemprego (Escamilla, 2005). Tais fatores, aliados a uma composição política progressista nos países, impulsionaram a dimensão social do MERCOSUL, que, conforme Draibe (2007), propunha viabilizar a criação de uma cidadania social comunitária.

Assim, nas primeiras décadas do ano 2000, observou-se paulatinamente uma alteração da agenda em direção à dimensão social nos debates e ações no interior do bloco. Essa expansão foi decorrente de um movimento abrangendo dois eixos centrais. De um lado, a sedimentação institucional da esfera social evidente na criação de instituições sociais na estrutura organizacional do MERCOSUL; de outro, a expansão conceitual de temas sociais da integração, incorporando temas

presentes no debate internacional, como os valores relacionados à democracia e direitos humanos (Draibe, 2007). Há, portanto, um giro na concepção do MERCOSUL no sentido de tornar-se um projeto estratégico com dimensões sociais e econômicas que deem sustentação à cidadania regional.

Hoje ameaças de reversão dessa concepção igualitária e inclusiva surgem no horizonte do bloco, explicadas em parte pela perda de dinamismo econômico e principalmente a eleição de governos mais alinhados com propostas neoliberais (Viana, Fonseca & Silva, 2017; Burtchardt, 2017).

No campo da proteção social, devido ao alto grau de desigualdade inter e intra nos países do bloco, as políticas sociais adquirem uma relevância especial. Nesta linha é fundamental a posição do ISM ao conceber as políticas não como compensatórias, mas como estratégias de desenvolvimento humano (ISM, 2012).

Depreende-se dessa afirmação serem as políticas sociais resultantes da pactuação entre atores políticos com interesses distintos da área econômica e social no sentido de produzir bens ou serviços para resolver necessidades coletivas, sob a responsabilidade ou coordenação do Estado (Giraud & Warin, 2008). Este Estado pode situar-se em diferentes níveis hierárquicos e, no caso presente, do MERCOSUL, configura-se como um pacto entre Estados nacionais em função de seus interesses comuns. A dimensão social inclui a proteção social em saúde como um dos elementos centrais para se alcançar patamares mais igualitários entre e inter países. Reconhecer as similitudes

e divergências nos sistemas locais de saúde é um primeiro passo para a futura cooperação entre os sistemas locais de saúde em regiões fronteiriças (Nogueira et al., 2015).

3. Similitudes e divergências na atenção à saúde na região fronteiriça

Tendo em vista as distinções entre as fronteiras internacionais devido às suas particularidades históricas, culturais, econômicas e sociais, optou-se por apresentar os dados a partir de cada par (ou trio no caso da tríplice fronteira) das cidades gêmeas, viabilizando tanto a percepção das especificidades de cada espaço como a possibilidade de sinalizar para ações cooperativas em saúde.² Isso porque as relações transfronteiriças constituem “[...] un proceso enraizado en un contexto social específico que implica interdependencias entre sus estructuras sociales (instituciones en el sentido de Scott) y el comportamiento y relaciones de los actores” (Barragán, 2015, p. 165).

3.1. Foz do Iguaçú/Ciudad del Estel/Puerto Iguazú

Nestes municípios, várias discrepâncias na forma de organização e oferta dos bens, ações e serviços de saúde foram identificadas. Essas diferenças, em sua maioria, relacionam-se inicialmente à forma de organização política e administrativa dos países, em segundo lugar, aos distintos princípios

² As informações foram prestadas pelos gestores entrevistados e poderão divergir de dados e registros oficiais.

e diretrizes que orientam a implantação dos sistemas nacionais de saúde, e, em terceiro, às demandas e perfis dos usuários. Em Puerto Iguazú existem equipamentos públicos de saúde de responsabilidade provincial –Província de Misiones–, mas não há serviço de saúde público municipal. A província é responsável pela descentralização da oferta das ações e serviços de saúde para atendimento dos cidadãos argentinos ou estrangeiros e responsável pela gestão e custeio dos serviços.

Em Ciudad del Este, a organização estatal, em termos de prestação de serviços e atenção à saúde, apresenta-se dividida em Postos de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, presentes nos municípios, regiões sanitárias e Hospital Regional, que correspondem à organização da província, e o Ministério da Saúde e Bem-Estar Social, órgão nacional responsável pela prestação de serviços de alta complexidade. No aspecto do financiamento, a municipalidade e as províncias no Paraguai não possuem autonomia financeira para custear ou criar ações e serviços de saúde, essas decisões dependem do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde.

Destaca-se, no Brasil, o protagonismo municipal na direção, organização, oferta e prestação de serviços de saúde, possuindo autonomia para criar serviços de acordo com a necessidade da população, o que difere dos demais países, além de ser responsável por parte do financiamento e custeio dos serviços e ação.

Diferentemente de Puerto Iguazú, onde a província é o ente responsável pela oferta de serviços de saúde de

distintas complexidades, priorizando a assistência especializada e de média complexidade, com baixo investimento na atenção primária, no Paraguai o município é responsável pelos serviços de atenção primária, e os departamentos respondem pela assistência especializada e média complexidade.

Essa diversidade organizacional situa-se como um dos fatores limitantes de encaminhamento de ações de cooperação em saúde, especialmente quando se passa a pensar em integração ou mesmo cooperação entre os sistemas de saúde (Glinos, 2011).

Quanto aos serviços ofertados e critérios de acesso, verificou-se que os três municípios oferecem bens, ações e serviços de saúde que vão da promoção à proteção e recuperação da saúde. A gratuidade dos serviços ofertados de forma universal, garantida constitucionalmente, é uma particularidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. No Paraguai, embora o sistema de saúde mantenha, no plano legal, alguma similaridade com o brasileiro, apenas alguns serviços públicos de atenção primária são gratuitos, os demais são pagos. Já na Argentina, para os nacionais indigentes e pobres todos os serviços são gratuitos, e para os não enquadrados nessa situação os serviços são custeados pelas Obras Sociais, similares a um plano de previdência social para os trabalhadores que assegura igualmente atendimento médico.

Em relação ao critério de acesso, tanto Puerto Iguazú quanto Ciudad Del Este informaram não possuir critério para estrangeiros e nacionais, contraditoriamente a algumas

informações sobre a não gratuidade de determinados serviços de saúde, evidenciando que a questão financeira é um fator limitante para o atendimento. Em Foz do Iguaçu, o critério de acesso repousa na apresentação da documentação civil, cartão SUS e comprovante de residência. Em se tratando de estrangeiros, é necessário apresentar o Registro Nacional do Estrangeiro, cartão SUS, Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência fornecido por órgãos públicos. Na medida em que se exige o cartão SUS, fica configurada a impossibilidade de tratamento de estrangeiros que não residem no município.

Constatou-se ainda, nas falas dos gestores das duas localidades, uma predisposição para cooperação, ainda que seja por meio de pactos, protocolos, acordos formais ou informais, para debaterem e planejarem ações conjuntas no enfrentamento e combate de endemias e surtos de doenças crônicas. Embora exista essa predisposição, ficou muito demarcada a inexistência de provisão orçamentária para custear as ações e serviços de saúde destinados aos estrangeiros, não sendo, entretanto, colocada como um fator limitante. Nesta linha, a gestora de saúde de Foz do Iguaçu afirmou estar em fase de planejamento uma unidade de saúde de referência para atendimento aos turistas e estrangeiros.

Com relação ao atendimento e à procura por estrangeiros às ações de serviço de saúde no Brasil, em Foz do Iguaçu existe um número considerável de novos estrangeiros que têm buscado os serviços em virtude da gratuidade, variedade das ações e serviços de saúde

nas diversas especialidades, qualidade dos serviços e receptividade dos brasileiros.

A gestora de saúde de Puerto Iguazú revelou atender estrangeiros, dos quais 95% são paraguaios, entre eles gestantes paraguaias que buscam realizar o atendimento pré-natal devido à precariedade dos serviços no seu país. Com relação a essa questão, o gestor de Ciudad Del Este afirma que são atendidos estrangeiros, embora não na proporção que se deveria, não se estendendo nessa questão quando se procurou aprofundá-la.

3.2. Santana do Livramento/Rivera

Ao se considerar a Política de Saúde no Brasil e seu preceito de garantidora universal de atendimento e serviços para toda a população brasileira, através do SUS, atenta-se para as situações peculiares encontradas nas cidades gêmeas de fronteira, em especial as cidades de Santana do Livramento e Rivera. Nela se destacam não só dificuldades, mas também avanços avalizados pelo poder público, reconhecidos em forma de lei para garantir o direito à saúde sem distinção de nacionalidade para os cidadãos residentes nas regiões fronteiriças.

No território brasileiro é exigida a apresentação da carteira do SUS para o cidadão acessar atendimento em qualquer serviço de saúde. Porém, há um acordo informal entre Santana do Livramento e Rivera, o qual dispõe que o primeiro atendimento de urgência ou emergência requerido deve ser prestado aos seus cidadãos. Por longos anos, o acordo paradiplomático para prestação de serviços de atenção básica e de urgência e emergência funcionou entre as cidades

gêmeas. No entanto, com o ingresso de novos gestores nos serviços de saúde brasileiros, ocorreu uma descontinuidade no que anteriormente havia sido acordado e era praxe no cotidiano da fronteira, entre ambas as cidades.

A principal porta de entrada para atendimentos no Brasil é a rede de atenção básica, e para a continuidade dos serviços ofertados pela rede de saúde é indispensável a regularização e apresentação da documentação necessária. Caso isso não ocorra, o atendimento é bloqueado e o requerente é encaminhado para as policlínicas de saúde em Rivera. Nessa fronteira, a carteira fronteiriça é a documentação que garante o atendimento, pelo SUS, mesmo na atenção básica, sendo um serviço de fácil acesso para todos. Em compensação, quando o assunto se refere às especialidades demandadas pelos uruguaios, há trava impedindo encaminhamentos para níveis de maior complexidade.

Em relação ao financiamento do sistema de saúde brasileiro, foi exposto que os atrasos nos repasses dos recursos atrapalham o seu funcionamento, a prestação de serviços e o seu planejamento, prejudicando o crescimento e o andamento de programas estabelecidos.

A falta de uma regulamentação que atenda à realidade fronteiriça foi apontada por um dos entrevistados da cidade brasileira, segundo o qual, mesmo que a cidade ao lado disponha de um serviço de saúde inexistente na cidade brasileira, ou o caso seja inverso, por não existir uma permissão para o financiamento ou para pagar por meio

de “[...] uma troca de serviços”, torna-se inviável, sendo necessário contratar uma empresa terceirizada que faça esse trâmite de permuta dos serviços.

Os motivos que levam os uruguaios a buscarem atendimento no município vizinho estão diretamente relacionados à conjuntura econômica do momento, em que uma parcela da população, intitulada “flutuante”, irá optar por residir e/ou trabalhar no país que oferecer as melhores condições para locação de residências.

Outro exemplo citado, na busca por serviço e/ou atendimento, foi através do sistema de vacinação, devido à diferença de início, primeiro no Brasil e a seguir no Uruguai. Então a população uruguaia busca garantir a sua vacinação em Santana do Livramento, mediante a apresentação de qualquer documento.

Não há levantamentos estatísticos ou mapeamentos sobre os atendimentos aos cidadãos uruguaios no Brasil. Um dos motivos que impossibilitam esse levantamento é o fato de o cidadão uruguaio que possui o cartão do SUS, no momento do atendimento e/ou triagem, não ser distinguido pela sua nacionalidade. Porém, estima-se como número provável mais de mil atendimentos mensais.

Em todas as fronteiras do Brasil com o Uruguai, Santana do Livramento e Rivera é aquela que mais avançou nos tratados, sendo considerada uma referência no tema.

Quanto aos critérios de acesso para os uruguaios ao serviço público de saúde de seu país, é necessária a cédula de identidade. As pessoas mais pobres com o “número de cédula” têm direito à saúde gratuita tanto na rede de atenção

primária quanto no hospital. O serviço com maior demanda é a atenção primária. Não há médicos em cada localidade do interior, somente nas cidades que têm mais de mil habitantes; nas demais, o atendimento à demanda é realizado por meio do mecanismo já referenciado: uma parte pela *Administración de Servicios de Salud del Estado* (ASSE) e outra pelo departamento.

A partir dessas considerações, no que se refere ao atendimento em saúde aos cidadãos da fronteira entre Rivera e Santana do Livramento, foi realizado um ajuste complementar de trabalho, no Acordo já existente³ para intercambiar atendimentos em saúde, que está referendado pelos parlamentos dos dois países. Em Rivera, os brasileiros com carteira fronteiriça têm direito a atendimento; entretanto, para que esses acordos possam funcionar na prática, ininterruptamente, depende muito das pessoas, dos atores locais, conforme se depreende do depoimento seguinte:

O secretário de saúde anterior trabalhou conosco corpo a corpo, por muitos anos. [...] E, depois, quando ele saiu, o relacionamento ficou prejudicado, apesar desse acordo existir. [...] Assim, percebe-se que o sucesso do acordo depende muito do gestor

local, sobretudo para continuidade dos serviços (Gestor 1).

Quanto às principais dificuldades, estas são similares, no entanto, no Brasil há restrições financeiras maiores que no Uruguai. Consideram, os entrevistados, uma limitação, presente no Decreto 7.239, a não disposição sobre o pagamento de trabalhos médicos, o que está sendo discutido no âmbito dos fóruns do MERCOSUL e nos Conselhos de Medicina de ambos os países.

É relevante registrar, nesses casos, uma estratégia utilizada pelos governos municipais das cidades de fronteira brasileiras: a prefeitura municipal realiza uma chamada pública e, não havendo candidatos, uma liminar judicial permite o trabalho de profissionais uruguaios. Pelo lado uruguaio, não há empecilhos para a contratação de médicos brasileiros: “[...] se não tem a especialidade, o médico vem, opera e o hospital lhe paga, sem autorização judicial” (Gestor 3).

3.3. Salto/Concordia

Quanto ao atendimento, em Salto observa-se um número de profissionais e estrutura de serviços insuficientes, existindo um hospital e oito policlínicas para uma demanda contínua de uma população de mais de 10.000 habitantes. De acordo com a gestora, são questões relacionadas à falta de informação ou de acessibilidade, “[...] seja porque a pessoa não chega ao recurso ou o recurso não chega à pessoa” (Gestor 2). Há lugares onde a policlínica mais próxima fica a uma distância de 30 km. A responsabilidade pela coordenação dos serviços é da Intendência, que se ocupa da tramitação

3 Decreto 7.239, de 26 de julho de 2010 (2010). Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7239.htm

de documentação (cartão de saúde ou de trabalho) e do acesso a saneamento público. O acesso gratuito se encontra garantido no nível emergencial, ficando os demais níveis disponíveis para aqueles que não possuem seguro saúde ou obra social e possuem o carnê de saúde.

A Intendência não conta com mapeamento nem índice de consultas por não residentes ou não nacionais. O critério principal para o acesso aos benefícios para os nacionais e os não nacionais é a vulnerabilidade social.

Para residentes e pessoas em trânsito, a documentação requerida para o atendimento ao primeiro nível de atenção é a cédula de identidade. Seu número permite ter acesso ao histórico da pessoa no departamento, no país ou em outros países, e os gestores consideram evitar a superposição de serviços. Neste sentido, a entrevistada levanta que, em numerosas ocasiões, as pessoas não informam todos os dados. Destaca-se não haver distinção no acesso aos serviços entre residentes e pessoas em trânsito. Há uma limitação real na capacidade de atendimento devido à falta de recursos e estrutura, e não há uma política diferenciada para residentes e não residentes.

Em Concórdia, a Intendência garante serviços relativos ao primeiro nível de atenção, sendo problemática a atenção de média e alta complexidade.

A saúde conta com financiamento municipal, provincial e nacional. Enquanto os dois primeiros se encarregam das estruturas sob a sua responsabilidade, o nível nacional repassa para o município financiamento mediante a execução de programas, sendo os principais o Programa Remediar

(medicamentos) e o Programa SUMA (fortalecimento da atenção básica da saúde via repasse de verbas).

3.4. Encarnación/Posadas

Com base nas entrevistas, identificou-se convergências e diferenças na estrutura, organização e recursos de saúde de cada um dos estados municipais, provinciais e/ou nacionais em cada uma das duas cidades gêmeas.

Na cidade de Posadas, a rede de serviços sanitários é extensa, tanto em instituições municipais como provinciais. Existem trinta Centros de Atenção Primária de Saúde (CAPS) e dois hospitais. Neste nível, todos os serviços que se vinculam ao Ministério de Saúde Pública da Província de Misiones (MSP) são coordenados pela área de programas da Capital – Posadas. Os serviços prestados pelos CAPS são variados, dependendo da formação da equipe de saúde. O primeiro nível de cuidados atende a toda a demanda, já os níveis II e III apresentam problemas para atender os casos de exames complementares de alta complexidade e hospitalizações.

O financiamento é dos fundos do Estado provincial e da autogestão dos serviços que gerenciam os benefícios prestados aos usuários que têm cobertura social ou Obra Social. Metade dos CAPS são autogestionados. Além disso, os serviços de saúde são remunerados com os fundos da política nacional de acordo com a consecução de metas, através dos benefícios nacionais SUMAR, para mães, recém-nascidos e adultos sem cobertura de Obras Sociais.

Quanto às propostas de integração, a Fundação Binacional Yacyretá pretende

financiar um projeto para implementar políticas conjuntas, em decorrência da epidemia de dengue, único momento de ação coletiva entre as cidades.

Não há mapeamento do atendimento de residentes e não residentes em Encarnación e em Posadas, mesmo assim acreditam, os entrevistados, ser uma proporção baixa de paraguaios que exigem atenção ocasional quando visitam um parente. A razão pela qual os paraguaios buscam atenção em saúde na cidade de Posadas deve-se à excelência dos serviços de saúde, ao fornecimento de medicamentos, à existência de serviços de maior nível de complexidade.

Atravessando o Puente San Roque González de Santa Cruz, a realidade sanitária é bastante distinta. Alteram-se as denominações dos serviços, os recursos financeiros e o recursos humanos. O Secretário de Saúde local trabalha com o Ministério da Saúde nacional, sendo responsável pelos hospitais regionais que fazem parte de um Conselho. Não são provedores diretos, mas coordenam todas as atividades de manutenção da infraestrutura, limpeza, e fazem o controle de recursos humanos e serviços de saúde. Encarnación tem um hospital regional que recebe a maior demanda. Quando o hospital não pode resolver, o secretário administra as referências correspondentes.

A percepção do gestor paraguaio coincide com a do argentino quanto aos serviços solicitados com maior frequência, os quais são de cuidado da gravidez e de mulheres paraguaias que desejam ter seus filhos na Argentina. Nos serviços públicos paraguaios, não há critérios de acessibilidade, todos são

tratados igualmente, com os serviços garantidos e financiamento do Ministério da Saúde Nacional. O gestor entrevistado não conhece proposta de trabalho de integração com Posada, mas ele gostaria que houvesse, o que facilitaria a transferência de pacientes para terapias inexistentes no Paraguai. Então, sugere melhorar a passagem na fronteira entre as duas cidades, pois relata dificuldades para transpor a fronteira. Não existe demanda de usuários residentes na Argentina ao serviço de saúde público de Encarnación.

Conclusões

Além de alguns pontos já referenciados, algumas conclusões se impõem por terem sido focos de repetidas observações pelos gestores.

Um dos destaques essenciais é o escasso conhecimento dos acordos e tratados do MERCOSUL e os binacionais/trilaterais. Este tema vem sendo reiterado em estudos feitos em franjas fronteiriças e sinaliza para um distanciamento entre os entes nacionais e subnacionais (Nogueira, Fagundes & Pérez, 2011). Na esteira desta observação, também pode ser lembrada a dificuldade dos entes subnacionais, com exceção da Argentina, de estabelecerem acordos formais, permanecendo a forte ênfase, em alguns municípios, de acordos informais, instituindo-se a paradiplomacia como forma de resolver demandas urgentes e inadiáveis. Estas formas de acordo têm consequências positivas imediatas, embora sua duração permaneça à mercê da discricionariedade dos agentes locais. Identifica-se, no

debate sobre a paradiplomacia, “[...] a necessidade da existência de regras mínimas para a regulação de espaços internacionais comuns nos quais entes subnacionais possam atuar sem ferir o princípio da soberania dos Estados” (Abreu, 2013, p. 67). As iniciativas de acordos sempre se referem a duas razões. A primeira é de ordem econômica, sendo a cooperação transfronteiriça uma das maneiras de resolução de problemas comuns, especialmente em educação, saúde e meio ambiente. A segunda razão reside na reiterada alegação de que os governos centrais estão muito distantes das prementes necessidades fronteiriças (Abreu, 2013, Benzatto & Prado, 2014).

O foco orçamentário é entendido como a grande limitação para a cooperação entre os sistemas locais de saúde, aliado à inexistência de regras consensuais no plano hierárquico federal, para operacionalizar pagamentos por ações e serviços de saúde, tanto via recursos financeiros como troca de serviços. Há uma tendência de os gestores afirmarem que a predisposição para integração é limitada devido à inexistência de provisão orçamentária para custear as ações e serviços de saúde destinadas aos não nacionais. Este ponto esbarra na dimensão organizacional dos Estados Partes e implica pensar nas relações multiescalares entre os níveis de gestão, cada uma com relativa autonomia técnica e financeira, múltiplos atores e tempos históricos distintos (Barragán, 2015). Compatibilizar as distinções em arranjos políticos democráticos é uma tarefa em aberto. O discurso dos gestores denota, de forma compreensiva, a apreensão da amplitude do setor saúde, envolvendo

aspectos éticos, econômicos e políticos e relações com o governo federal, e “[...] tales relaciones involucran distintos tipos de actores, no todos residentes en los territorios [...]” (Barragán, 2015, p. 159).

As controvérsias em relação aos critérios de acesso de nacionais e não nacionais aos serviços no campo da saúde e proteção social foram frequentes, sinalizando a divergência, sendo o grau de universalidade um ideal limitado pelo fator econômico, embora afirmem os gestores, em plano discursivo, que o direito deve ser universal. Aparece como um indicativo para a solução dessa questão a urgência de debates e interlocuções entre os municípios. Em síntese, apesar da existência de vários acordos formais e do uso de estratégias informais para o atendimento da área da saúde, o que se pode verificar é que os atores locais são determinantes na implementação, ou não, aperfeiçoamento e manutenção, ou não, dos serviços prestados na área das políticas de proteção social na fronteira.

Concluindo, as questões centrais identificadas como limitantes da ampliação da cidadania social em saúde nas fronteiras são as seguintes:

- as experiências reconhecidas de cooperação entre os sistemas de saúde decorrem de iniciativa dos gestores e atores políticos locais, pressionando os níveis superiores para reconhecimento e legalização dos acordos ou para resolver situações que fogem à sua alçada, como os registros de nascimento e falecimento, por exemplo, ou formas de transferências monetárias para custeio dos serviços;

- a demanda e a necessidade estão vinculadas ao acesso aos bens e serviços de saúde, seja por fatores climáticos, econômicos, debilidade do sistema instalado (baixa resolutividade, inexistência de equipamentos e pessoal técnico);
- a pressão pelas soluções é direcionada diretamente aos gestores locais, impotentes para assumir protocolos e acordos internacionais, de competência dos governos centrais;
- os arranjos e acordos informais não têm continuidade e dependem dos atores políticos ocupantes dos cargos decisórios em nível local, não criando padrões institucionais para viabilizar sua continuidade para além da vontade política do gestor. Os acordos paradiplomáticos não se institucionalizam e permanecem sujeitos a concepções ideológicas e políticas dos gestores locais.

Agradecimentos

Agradecemos ao Instituto Social do MERCOSUL pela contribuição no financiamento e apoio institucional que permitiu a realização do estudo. Este agradecimento se estende aos pesquisadores e auxiliares de pesquisa envolvidos na coleta e interpretação dos dados.

Referências

- Abreu, G. S. (2013). Efeitos político-jurídicos da não institucionalizada paradiplomacia no Brasil. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 3(2).
- Barragán, F. M. (2015). Cooperación transfronteriza: una metodología para su estudio. Em W. S. Acosta. (Ed.), *Ciencias Sociales y Relaciones Internacionales: nuevas perspectivas desde América Latina* (pp. 155-176). Buenos Aires, Argentina: Internacionales de la Universidad Nacional-CLACSO. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303447555_Cooperacion_transfronteriza_una_metodologia_para_su_estudio
- Benzatto, A. P. A. & Prado, H. S. A. (2014). A paradiplomacia, a cooperação descentralizada e a integração fronteiriça no MERCOSUL. *Meridiano* 47, 15(141), 18-24. Recuperado de <http://periodicos.unb.br/index.php/MED/article/view/9890>
- Brasil. *Decreto N° 7.239, de 26 de julho de 2010 (2010). Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.* Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7239.htm
- Brasil. *Lei 13.445, de 24 de maio de 2017.* Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>
- Burtchardt, H. J. (2017). La crisis actual de América Latina: causas y soluciones. *Nueva Sociedad*, 267. Recuperado de www.nuso.org

- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, CEPAL. (2016). *Institucionalidade social para a América Latina y Caribe*. Recuperado de <http://dds.cepal.org/bdips/index.php>.
- Desiderá N., W. A. & Penha, B. (2016). As Regiões de fronteira como laboratório da integração regional no Mercosul. *Boletim de Economia e Política Internacional*, (22), 33-49. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/171101_livro_mercosul_cap5.pdf
- Draibe, S. M. (2007). Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. *Cad. Saúde Pública*, 23, (2), p. 174-183. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/06.pdf>
- Escamilla, J. A. (2005). Saúde e exclusão nas Américas. Em *Seminário Latino Americano Fronteira Mercosul: as interfaces entre o social e o Direito à Saúde. Anais*. Florianópolis: Núcleo de Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC.
- Giraud, O. & Warin, P. (2011). *Politiques publiques et démocratie*. Paris: La Decouverte.
- Glinos, I. A. (2011). Cross-border collaboration. En M. Wisnar et al. *Cross-border health care in the European Union*. Washington, DC: World Health Organization; European Observatory on Health System and Policy. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf
- Instituto Social do MERCOSUL, ISM. (2012). *Dimensão social do MERCOSUL: Marco conceitual*. Assunção: ISM.
- Nogueira, V. M. R. et al. (2015). Políticas de Saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? *Revista Políticas Públicas, São Luís*, 19(1), 145-156. Recuperado de <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3872>
- Nogueira, V. M. R., Fagundes, H. S. & Pérez, R. G. (2011). Experiências de cooperação entre sistemas e serviços de saúde em linhas de fronteira. Em *Anais do XXII Congresso de ALASS*. Barcelona. Recuperado de http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf
- Viana, A. L. Fonseca, A. M. M. da, & Silva, H. P. da. (2017). Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cad. Saúde Pública*, 33(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00216516>

The social dimension of MERCOSUR in border spaces: asymmetries and convergences in healthcare

Abstract: The purpose of this article is to present the reality of local healthcare systems at borders in terms of actions and services, needs, access and conditions of accessibility for citizens and non-citizens. The approach to the borders in the study is due to the lack of social indicators in the region, which is marked by high rates of inequality, poor infrastructure and difficult access to goods and services that compose social citizenship in healthcare. It presents the concrete similarities and differences in public protection in healthcare in twin cities from the perception of administrators. The data was obtained through semi-structured interviews with two large groups – users who are citizens and those who are not. The research subjects were administrators from twin cities located on the borders between Brazil and Argentina, Brazil and Uruguay, Brazil and Paraguay and Argentina and Paraguay. The results point to differences in the actions and services provided, fragile knowledge about the needs of non-citizens, an interest in cooperation in healthcare and a lack of financial capacity to meet the needs. The conclusions indicate the central role of administrators in the implementation of healthcare actions and services and programmatic discontinuity as the greatest impediments to expanding the guarantee to healthcare in transborder spaces.

Keywords: MERCOSUR, social dimensions, borders, healthcare policy.

Resumen biográfico

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Graduação e Mestrado em Serviço Social, Doutorado em Enfermagem e Pós-doutorado em Sociologia. Professora dos Programas de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas. Assessora ad hoc do CNPq.

Como citar este artículo

Nogueira, V. M. R. (2018). A dimensão social do MERCOSUL em espaços fronteiriços: assimetrias e convergências na atenção à saúde. *Revista MERCOSUR de políticas sociales*, 2, 60-73. doi: 10.28917/ism.2018-v2-60