

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
CURSO DE MESTRADO

CARLA GABRIELA CAVINI BONTEMPO

**A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NAS CIDADES GÊMEAS DO BRASIL E
URUGUAI: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011)**

PELOTAS
2013

CARLA GABRIELA CAVINI BONTEMPO

**A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NAS CIDADES GÊMEAS DO BRASIL E
URUGUAI: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira

PELOTAS
2013

CARLA GABRIELA CAVINI BONTEMPO

**A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NAS CIDADES GÊMEAS DO BRASIL E URUGUAI:
os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011)**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós- Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

E aprovada sua versão final em 20 de fevereiro de 2013 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Católica de Pelotas, Curso de Mestrado em Política Social.

Pelotas, 20 de fevereiro de 2013

Banca examinadora:

Profª Drª Vera Maria Ribeiro Nogueira - UCPel
Orientadora

Profª Drª Raquel Fabiana Lopes Sparemberger - UCPel
Membro Examinador I

Profª Drª Lorena Almeida Gill - UFPel
Membro Examinador II

À Daniela e à Maria Helena, por todo bem
que me fazem só pelo fato de existirem.

AGRADECIMENTOS

Quem se der ao trabalho de ler estes agradecimentos, já vai perceber o quão inter/multidisciplinar é o resultado de meses de trabalho, composto por muitas leituras, conversas, pesquisa de campo, observação. Então, vamos por partes.

Começamos então pela gênese de tudo: minha pequena família. À Shyrley (*in memoriam*) e ao José, por me darem a vida e o meu bem mais precioso: minha irmã Daniela. À Daniela e à Maria Helena, por me ensinarem a partilhar e viver o amor incondicional. À Natalina e ao Cesário (*in memoriam*), avós que também foram meus pais e que demonstraram no cotidiano o que é ser família e a generosidade de fazer o bem sem olhar a quem. À Ana Maria, tia e madrinha, a personificação da gentileza, sabedoria e retidão. Ao Alcione, pelo companheirismo na jornada e por me acolher em seu coração.

À Prefeitura de Jaguarão, na ocasião representada pelo prefeito Claudio Martins e vice-prefeito Fred Nunes, que abriram a porta da administração municipal para que eu pudesse contribuir com um projeto de melhoria da saúde pública, assim, voltando meu olhar para as especificidades da atenção à saúde na fronteira. Aos colegas de secretaria municipal que se tornaram amigos ou aos quais nutro grande carinho: Ingrid, Márcia, Elaine Gonçalves, Handerson, Ivana, Paulinho, Cleusa, Lúcia. Aos enfermeiros que comandavam as unidades e programas de saúde: Franciane Alves, Sabrina Vencato, Sabrina Rocha, Léo Jaime, Fabiana Lencina, Neizy Calcagno. Ao administrador da Santa Casa, Milton Fermann, pelas discussões e projetos sobre utilização de recursos do orçamento participativo. Meu trabalho nesta equipe frutificou para o município, mas também (e talvez muito mais) em mim, suscitando a necessidade de pensar para fora da caixa, do cotidiano de matar um leão por dia.

Seguindo o percurso, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Aos profissionais que me deram aula ou aqueles com quem simplesmente tomei um café, assisti uma banca, sejam eles do Serviço Social, do Direito, da Medicina... vocês me ajudaram a ampliar o meu horizonte! Dentre eles, e de maneira muito especial e carinhosa à Prof. Vera, por ter me acolhido no sentido mais amplo que se possa imaginar, tão presente apesar da distância física que nos separou durante esse tempo, e tão paciente em entender

meus avanços e retrocessos neste processo de formação. Obrigada também aos colegas que conheci e convivi, seja no plano real ou virtual: Daiane, Jackson, Renato, Sônia Peters, Marly, Ana, Thiago.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos e disponibilização de recursos para a pesquisa de campo, sem os quais seria inviável a continuidade da minha formação.

Agradeço às professoras integrantes da banca, Raquel e Lorena, pela disponibilidade em ler e contribuir com este trabalho. O aceite do convite é motivo de muita alegria.

Agradeço de forma muito especial à todas as pessoas que aceitaram participar da pesquisa – em particular Hector Yon, Glécio, Hamilton, por entenderem que seu resultado pode ser utilizado para destravar as amarras burocráticas pelos gestores em nível estadual e nacional. Os prefeitos, secretários, cónsules, profissionais, conselheiros, todos enriqueceram este trabalho com suas vivências, olhares e percepções, que não estão expressos nos livros e manuais. Aqui faço menção aos *hermanos* uruguaios, pela disponibilidade de me atenderem de forma tão atenciosa, apesar de alguns pequenos entraves no idioma, pela troca de informações sobre os sistemas de saúde e por compartilharem esse sentimento de unidade latino-americana que ainda não está muito imbricado em nós, brasileiros.

Ainda durante a pesquisa de campo, tive contato com vários moradores locais que me abordaram das mais diversas formas, tentando entender o quê eu estava fazendo especificamente naquela cidade, e não em outra – aos quais também agradeço.

Ao apoio logístico oferecido por amigos de outras datas e sempre presentes: Beatriz Priebe e Marco Aurélio, em Aceguá, pelos contatos, almoços e caronas. Fabiane Silva, obrigada pela acolhida e terapia semanal durante todo o semestre cursado na disciplina de Políticas de Saúde na UFRGS e semestres posteriores. À Família Polo Sodré no Rio de Janeiro, que possibilitou minha estadia com alegria na ex-capital federal, afim de participar de eventos que enriqueceram minha formação e aos quais levei a problemática estudada para além da Província de São Pedro.

Obrigada aos geógrafos Adriano Simon, Giovana e Fernando Hermann, pelas orientações; e ao querido agrônomo tecnológico Isaque Eberhardt, que organizou boa parte dos mapas que compõem esta dissertação, e me ensinou a usar ferramentas de georreferenciamento, que podem ser úteis ao longo da vida

acadêmica científica.

Por último, mas não menos importante, aos bons amigos interdisciplinares que me acompanham nessa vida e particular trajetória, ora festiva, ora insana: Alan Melo (bacharel em direito e professor) pelas miradas sempre precisas sobre o país vizinho, ao som de Chico Buarque e Gardel; Maurício Pretto (veterinário e gestor de projetos da FAO), pelos debates sobre políticas sociais, internacionais (ao vivo e online) e traduções dos meus textos – sem ele muita coisa seria absolutamente bizarra; Janete Basso (agrônoma) e Kelin Valeirão (filósofa) por partilharmos de pertinho as inquietudes da pós-graduação e planos para um futuro melhor.

No tenemos cirujanos, no tenemos anestesistas, no tenemos oftalmólogos [...]. Se queremos integración, se queremos mayor educación, se queremos mejores ciudadanos, si no tenemos salud, no vamos a tener gente! El sistema de la salud é el sistema primordial, porque es a preservación da raza humana, é a preservación del ciudadano e da frontera – entonces é el elementar.

(Daniel Botta)

RESUMO

O presente trabalho versa sobre a cooperação em saúde em seis cidades gêmeas localizadas no Brasil e no Uruguai: Aceguá/Aceguá, Barra do Quaraí/Bella Unión e Chuí/Chuy. A preocupação com o tema decorre de mudança na condução da política exterior, a partir de que estreita os laços entre ambos os países, alicerçada em reuniões convocadas pelos consulados e chancelarias de ambos os países. Essas reuniões são formadas por grupos de trabalhos que tratam de temas como educação, saúde, segurança e meio ambiente, substituindo assim a atuação dos Comitês Binacionais de Fronteira formados em 1990. Esses grupos - formados por gestores, cónsules e sociedade civil - elaboram documentos que embasam reuniões anuais para debater os problemas enfrentados na fronteira e possibilidades de cooperação/sublimação de impasses. Concomitante a esse cenário, percebe-se desdobramentos de ajustes e acordos celebrados entre os governos brasileiro e uruguaio, investimento de recursos financeiros para ações conjuntas em saúde, abarcando infraestrutura e prevenção de agravos. Diante dessa nova dinâmica, o objetivo principal deste trabalho é identificar e caracterizar os Comitês de Saúde, Comitês de Fronteira e demais espaços de diálogo existentes nessas cidades gêmeas que se ocupem do tema saúde visando desvelar como ocorrem as articulações entre eles. Busca refletir também sobre os conceitos que permeiam e determinam essas relações: território, fronteira, cooperação, sistemas de saúde, direito à saúde. A metodologia para escolha destes municípios brasileiros levou em consideração alguns fatores: são municípios pequenos (de no máximo 6000 habitantes); são recentes - foram desmembrados de outros e emancipados na década de 1990; possuem uma rede municipal de atenção em saúde muito restrita, sendo responsáveis pela atenção primária em saúde dos seus habitantes, referenciando para outros municípios da sua Coordenadoria Regional - ou onde esteja pactuado o atendimento às necessidades de média ou alta complexidade que não estejam disponíveis em seu distrito sanitário. Os municípios uruguaios também são recentes - administrações eleitas a partir de 2010, possuem uma população maior que a brasileira e hospitais - a exceção de Aceguá, que conta com a administração de uma Junta Local e não possui hospital. Além da pesquisa bibliográfica foram realizadas entrevistas com gestores, cónsules, profissionais de saúde e outras pessoas que foram identificadas durante o percurso como informantes chave. Pode-se perceber com a pesquisa que embora nesses territórios existam elementos para interação entre eles - reconhecimento da infraestrutura e *expertise* do país vizinho em áreas como odontologia, prevenção de doenças, exames diagnósticos, especialidades médicas - há muita dificuldade para que ocorra intercâmbio de serviços. Outro ponto fortemente apontado é a não operacionalização na prática de acordos celebrados, seja por conta da burocracia, seja por conta de pressões de entidades de classe.

PALAVRAS-CHAVE: Fronteira, Política de Saúde, Cooperação.

ABSTRACT

The present research is about the cooperation between Brazil and Uruguay in six twin villages on the border of both countries: Aceguá (BR) and Aceguá (UY); Barra do Quaraí (BR) and Bella Unión (UY); Chuí (BR) and Chuy (UY). In 2003 there is a change in the direction of the Foreign Affair Policy, where Brazil strengthens the relationship with its neighbor, based on the work of the Binational Committees, divided in work groups to discuss subjects like education, health, public safety and environment. Those groups – formed by public administrators, consuls and representatives of the civil society groups – produce documents that give the direction of the annual meetings where they discuss the problems found in the border region and try to find cooperation possibilities to solve the dead-locks. Together with this scenario it is perceivable the unfolding of adjustments and agreements between the two governments resulting in investments on infrastructure and preventing aggravation. In the face of this new dynamic, the main target of this work is to identify and to characterize the Health Committees, Border Committees and other forums, that are working in those twin villages, which are concerned about health in order to identify how they articulate. The project also does a reflection about the concepts that permeate and determine those relations: territory, border line, cooperation, health systems, the Right to health. The methodology to choose those municipalities in Brazil took into consideration those factors: villages (maximum of 6.000 inhabitants); recently received political autonomy (created in the 90's); have a restricted public health system linked where they are only responsible for the minimal primary assistance of their citizens, then they send the patients to other referenced hospitals – or where it is accorded the assistance of medium or high level that are not available on their sanitary district. The Uruguayan villages are also recently created – administrations elected from 2010, the number of the population is higher than the Brazilians ones and they have hospitals – having the exception of Aceguá, who counts with a Local Administrative Council and does not have a hospital. Besides the bibliography research, interviews were made with local authorities, health professionals and other actors identified during the work. With this research one can realize that, despite of the interaction between them – recognition of the infrastructure and the expertise of the neighbor in areas such as dentists, health prevention, exams and other specialties – there are many difficulties to execute the exchange of services. Another point is the lack of putting in practice the agreements made, either because of bureaucracy as also because of the pressure of the corporative organizations.

KEYWORDS: Border, Health Policies, International Cooperation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMRIGS	Associação Médica do Rio Grande do Sul
ASSE	Administração de Serviços de Saúde do Estado
BPS	Banco de Previsión Social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAMCEL	Cooperativa Assistencial Médica de Cerro Largo
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CDIFF	Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira
CEFF	Comissão Especial da Faixa de Fronteira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CODESUL	Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul
COGERE	Colegiado de Gestão Regional
COMERO	Cooperativa de Médicos de Rocha
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONVIVER	Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Semi-Árido
CORSAN	Companhia Riograndense de Saneamento
CRM	Conselho Regional de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
FOCEM	Fundo para Convergência Estrutural e Fortalecimento Institucional do Mercosul
FONASA	Fundo Nacional de Saúde
FNR	Fundo Nacional de Recursos
GIZ	Agência de Cooperação do Governo Alemão

GREMEDA	Cooperativa Médica de Artigas
GT	Grupo de Trabalho
GTI	Grupo de Trabalho Interfederativo
IAMC	Instituições de Assistência Médica Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISS	Imposto Sobre Serviços
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MIN	Ministério da Integração Nacional brasileiro
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OSE	Obras Sanitárias del Estado
PAFMFF	Programa de Auxílio Financeiro aos Municípios da Faixa de Fronteira
PDFF	Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PDSFF	Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud
PSF	Programa Saúde da Família
PROMESO	Programa de Sustentabilidade dos Espaços Sub-Regionais
RAN	Reunião de Alto Nível
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SETEC	Secretaria Técnica
SIMERS	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
SIS FRONTEIRAS	Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras

SNIS	Sistema Nacional Integrado em Saúde
SPR	Secretaria de Programas Regionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UE	União Europeia
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFS	Unidades Fronteiriças de Saúde
UY	Uruguai

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro de reuniões, temas tratados e soluções pelos comitês de fronteira – (1990-1994).....	35
Tabela 2 - População residente na fronteira do Brasil com o Uruguai	53
Tabela 3 - Tipologia de relações fronteiriças.....	72
Tabela 4 - Tipificação da cooperação em saúde nos municípios pesquisados.....	74
Tabela 5 - Repasses de recursos do SIS Fronteiras nas cidades gêmeas com o Uruguai (em reais).....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ponto de partida e cidades que foram percorridas durante a pesquisa de campo	5
Figura 2 - Espaços de discussão sobre fronteira	41
Figura 3 - Estrutura institucional e de decisão do SUS	45
Figura 4 - Financiamento do SUS por blocos.....	48
Figura 5 - Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)	50
Figura 6 - Flutuação da população fronteiriça dos municípios pesquisados, de acordo com os últimos Censos realizados	54
Figura 6 - Avenida Internacional Aceguá (UY) - Aceguá (BR).....	57
Figura 7 - Distribuição espacial atendimento em saúde na região de Aceguá/Aceguá	58
Figura 9 - Pontes entre Barra do Quaraí e Bella Unión.....	61
Figura 10 - Trajeto do Centro de Saúde de Barra do Quaraí para Santa Casa de Uruguaiana e para Hospital de Bella Unión	62
Figura 11 – Avenida principal Chuí-Chuy.....	64
Figura 12 - Distância do Chuí para os hospitais mais próximos.....	66
Figura 13 - Fluxo documentação SIS Fronteiras.....	77
Figura 14 - Utilização do recurso adicional por categoria.....	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO 1 – O PONTO DE CONEXÃO ENTRE DOIS PAÍSES: A FRONTEIRA E SUAS RELAÇÕES	23
1.1 CONCEPÇÕES SOBRE TERRITÓRIO	24
1.2 FRONTEIRA	26
CAPÍTULO 2 – TRILHANDO OS CAMINHOS DA COOPERAÇÃO: ESPAÇOS DE DISCUSSÃO SOBRE A FAIXA DE FRONTEIRA	32
2.1 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA FAIXA DE FRONTEIRA (PDFF) E O PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE DOS ESPAÇOS SUB-REGIONAIS (PROMESO)	32
2.1.2 A NOVA AGENDA DE COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO FRONTEIRIÇO	35
2.1.3. FUNDO PARA A CONVERGÊNCIA ESTRUTURAL DO MERCOSUL (FOCEM)	39
2.1.4 OFICINAS DO MINISTÉRIO DE DESARROLLO SOCIAL - MIDES	39
CAPÍTULO 3 – OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DO URUGUAI	42
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	42
3.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	44
3.3 O SISTEMA DE SAÚDE URUGUAIO	49
CAPÍTULO 4 – CARACTERIZANDO O TERRITÓRIO PESQUISADO	52
4.1 A REGIÃO FRONTEIRIÇA BRASIL – URUGUAI	52
4.2 OS MUNICÍPIOS E INTENDÊNCIAS – ASPECTOS SÓCIO-SANITÁRIOS ...	55
4.2.1 Aceguá/Aceguá	55
4.2.2 Barra do Quaraí/Bella Unión	60
4.2.3 Chuí/Chuy	63
CAPÍTULO 5 – DIREITO À SAÚDE NAS FRONTEIRAS E INICIATIVAS SOBRE O TEMA	69
5.1 O DIREITO A SAÚDE NA FRONTEIRA	69
5.2 A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO ESTUDADA	70
5.1.1 A saúde pautada nos Comitês	75
5.2 AS INICIATIVAS EM QUESTÃO	76
5.2.1 Sistema Integrado de Saúde na Fronteira – SIS Fronteiras	76
5.2.2 Convênio trilateral Brasil – Uruguai - Alemanha	80

5.2.3 Atividades custeadas com recursos do FOCEM.....	81
5.2.4 Ajuste complementar ao Acordo para a Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICES	105
APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	106

INTRODUÇÃO

A partir de 2003, perante a percepção de que os Comitês de Fronteira criados na década de 1990 não cumpriram com a missão de levar aos níveis centrais de governo os problemas vivenciados na região de fronteira foi criada uma Nova Agenda de Cooperação entre os países. O seu pilar é a realização de reuniões com atores locais (gestores, cônsules e sociedade civil) por parte dos consulados e vice-consulados dispostos pela fronteira, divididos em grupos de trabalho (cooperação judicial, saúde, educação, meio ambiente, políticas sociais e assuntos trabalhistas) com o intuito de discutir os problemas e suas possíveis soluções. A ata dessas reuniões subsidiam as chamadas Reuniões de Alto Nível (RAN), em que todos os integrantes dos grupos de trabalho fronteiriços e os Ministérios dos países são convidados a participar e dali encaminharem ações conjuntas¹.

Na esteira da criação da Nova Agenda, são homologados acordos celebrados entre os governos brasileiros e uruguaios, e investimento de recursos na faixa de fronteira tanto pelo Brasil quanto por outras entidades. Diante desse novo cenário, esta dissertação tem como objetivo identificar os espaços de diálogo e proposição de ações que visam ampliar a cooperação ou mesmo a integração ou a harmonização de serviços de saúde favorecendo o acesso da população residente na faixa de fronteira do Brasil com o Uruguai, nos sistemas de saúde de ambos os países. Outros objetivos da pesquisa são: conhecer os atores envolvidos e as organizações as quais estão filiados, identificar os resultados alcançados das articulações propostas, reconhecer as estratégias de organização do sistema de saúde entre as cidades gêmeas e caracterizar os municípios quanto a tipologia de fronteira, atenção à saúde e colaboração em saúde.

Ao se propor a realizar uma pesquisa, o pesquisador precisa encontrar dentre os variados procedimentos metodológicos o mais adequado para auxiliá-lo no caminho a ser percorrido em busca das respostas às questões ora contempladas, de

¹ Por exemplo, na ata da VII RAN, ocorrida em Montevideu foram discutidos pelo GT saúde intercâmbios na área de vigilância epidemiológica (ações conjuntas para prevenção da dengue, hidatidose, HIV/AIDS), o ajuste complementar para prestação de serviços de saúde na fronteira, oferta de residências multiprofissionais e formação para profissionais fronteiriços, sistema tributário e forma de pagamento para serviços (RAN, 2007).

forma que “[...] o municie na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos” (MINAYO, 2010, p. 42). O ideal sob o meu ponto de vista seria realizar a pesquisa em todas as cidades gêmeas citada, porém, como o tempo para realização de uma pesquisa de mestrado é pequeno, foi necessário eleger as cidades prioritárias. O custeio do mestrado e a pesquisa de campo foram realizados com recursos financeiros oriundos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no âmbito de um projeto de pesquisa denominado Proteção social e direitos nas fronteiras gaúchas.

Durante a pesquisa bibliográfica, pude perceber que, no que tange a cooperação em saúde, os municípios de Santana do Livramento e Rivera têm sido escolhidos como objeto de estudo por terem um comitê binacional de saúde bem representativo e atuante, conforme apontam os estudos de Silva (2009) e Lucena (2012), tendo esta última optado em analisar este território especificamente, dentre outros fatores, por ser denominado usualmente entre os estudiosos como o laboratório social do Mercosul. Porém, a realidade desses municípios não necessariamente espelha a realidade das outras cidades gêmeas, que têm características singulares. Traçando um perfil das cidades gêmeas com o Uruguai, optei pelo estudo de seis cidades, tendo como recorte territorial Aceguá/Aceguá, Barra do Quaraí/Bella Unión e Chuí/Chuy, que possuem as seguintes características em comum: se tratam de cidades com menor número de habitantes, foram emancipadas recentemente (a partir de 1995), e contam com uma infraestrutura em saúde peculiar, que a priori favoreceria a cooperação entre as cidades pares.

Quanto ao recorte temporal da pesquisa, o ano de 2003 foi escolhido pelo fato de ser o início do primeiro mandato do Governo Luís Inácio Lula da Silva, o qual incentivou e instituiu vários dos programas mencionados com vistas à integração transfronteiriça. Optou-se por concluir a coleta de informações no ano de 2011, pois há uma continuidade dos programas no Governo Dilma Rouseff e igualmente maior tempo de maturação das iniciativas.

Além da pesquisa bibliográfica já citada, foram realizadas entrevistas (roteiro consta no Apêndice A) com sujeitos previamente selecionados por terem sido identificados na pesquisa documental como atuantes no processo de cooperação: prefeitos, secretários de saúde, cónsules, representantes do Ministério da Salud Pública do Uruguai. Este instrumento de coleta de informações se tornou viável para

efetivação do estudo proposto porque dentre as suas vantagens estão a possibilidade do entrevistador explicar o significado das perguntas e perceber “[...] a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas” (GIL, 1999, p. 118).

Em que pese o autor tenha enumerado várias desvantagens do método, como a possível falta de motivação do entrevistado a participar da pesquisa, respostas falsas, influência do entrevistador sobre o entrevistado, entre outras. Dentre os vários tipos de entrevistas, a modalidade elegida foi entrevista por pautas, assim caracterizada

A entrevista por pautas apresenta certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso. As pautas devem ser ordenadas e guardar certa relação entre si. O entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente à medida que se refere às pautas assinaladas. Quando este se afasta delas, o entrevistador intervém, embora de maneira suficientemente sutil, para preservar a espontaneidade do processo (GIL, 1999, p. 120).

Escolhido então esse instrumento para coleta de dados, passou-se a fase seguinte, que consistiu em estabelecer o contato inicial com os entrevistados, e agendá-las de forma a otimizar os recursos financeiros recebidos para execução desta etapa, que requereu muito planejamento para encaixá-las de modo a evitar muitas idas a campo, já que as cidades eram distantes entre si e de Pelotas, que era o ponto de partida das viagens. Foram entrevistadas 23 pessoas, sendo 12 uruguayas e 11 brasileiras, sendo prefeitos ou representantes da administração municipal (4), secretários de saúde (3), cónsules (5), representantes do Ministério da Salud Pública (4), conselheiro municipal de saúde (1), representante da Frente Nacional de Prefeitos (1), profissionais de saúde/diretores de hospitais (4), representante da Frente Ampla (1).

Cabe ressaltar que foi assegurado o anonimato dos entrevistados por conta das normas impostas pela Universidade Católica de Pelotas, embora alguns entrevistados não tenham feito questão desse anonimato, inclusive, se negando a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entendimento pessoal que fazem sobre o fornecimento de informações públicas, que devem ser publicizadas. Para realizar as entrevistas, foram percorridas doze cidades e 2939 quilômetros, que podem ser observadas no mapa a seguir



Figura 1 - Ponto de partida e cidades que foram percorridas durante a pesquisa de campo
 Fonte: Google Maps, 2013. Elaborado pela autora.

Como se pode visualizar, a pesquisa de campo se estendeu também para além das cidades gêmeas, posto que os entrevistados ligados ao Ministério da Saúde Pública e cônsules por vezes estavam sediados em outros locais: Jaguarão e Quaraí no Brasil e Rio Branco, Rocha, Melo e Artigas, no Uruguai. É importante ressaltar que o projeto de pesquisa foi enviado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que o encaminhou para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Pelotas, sendo aprovado sob o número 01098412.3.0000.5339. A partir de então foi possível realizar as entrevistas, que devido ao período de eleições municipais se deram nos meses de junho, agosto e dezembro de 2012.

Para dar visibilidade aos dados obtidos através da pesquisa de campo, foram utilizados softwares que contribuíram para apresentar os dados de forma mais didática, como o pacote Office®, e ainda ferramentas do Google, como o Mapas® e Earth®, que oportunizam a construção de variados mapas. Os resultados decorrentes da análise dos dados, obtidos em todas as viagens e leituras estão expressos em cinco capítulos.

No Capítulo 1 estão expressos conceitos utilizados para estudar as cidades-gêmeas, consideradas como regiões povoadas cortadas por uma linha de fronteira, constituindo assim um território em que as relações sociais e de poder acontecem em um espaço físico delimitado. Fronteiras e limites também são abordados, considerando que embora pareçam sinônimos, o limite se refere até onde alcançam os regramentos do Estado-nação, e fronteira como espaço de interação entre um ou mais países e seus habitantes.

Em seguida são apresentados programas de governo para a faixa de fronteira brasileira com o Uruguai, ou seja, o lastro sob o qual se desenvolvem as propostas de atuação governamental. Com o passar dos anos, o governo brasileiro institui uma nova forma de tratar as questões fronteiriças, buscando teoricamente implantar programas **nas** fronteiras por uma forma mais participativa, através da instalação de comitês binacionais locais, que dirigiriam suas necessidades e anseios para os níveis centrais de governo.

No decorrer do Capítulo 3 há uma exposição sobre política pública enquanto conceito, enfocando em seguida a caracterização dos sistemas de saúde brasileiro e uruguaio. O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por um período de consolidação e descentralização de financiamento e ações para melhorar a cobertura e o atendimento à todos; já o Sistema Nacional Integrado em Saúde (SNIS) uruguaio foi reformulado a partir de 2006, concebendo um sistema de saúde misto em que prestadores públicos e privados atuam no atendimento à população.

Fornecer elementos para conhecer um pouco mais a região macro e as cidades-gêmeas pesquisadas: este é o papel do Capítulo 4. Embora não seja muito fácil obter informações sobre os municípios uruguaio, elas corriqueiramente aparecem junto com os dados sobre seus pares brasileiros e vice-versa. Até a disposição de informações conjuntas denota que se tratam mesmo de territórios intimamente ligados, seja pela história ou pelas relações (em geral comerciais) que estabeleceram ao longo do tempo.

O derradeiro Capítulo aborda as iniciativas de cooperação em vigor e o direito a saúde na fronteira, que apesar de ser reconhecido como um direito fundamental esbarra, na maior parte dos municípios, no financiamento das ações em saúde – posto que os recursos são enviados de acordo com a população residente apurada através da realização dos censos. Outro fator importante que tem dificultado o acesso aos serviços de saúde pela população fronteiriça é a burocracia: no Brasil

não se pode fornecer o Cartão SUS, e no Uruguai não se vincula essa população porque os números de documentos diferentes não são reconhecidos pelos sistemas de informática, impossibilitando o cadastramento.

Concluindo, nas Considerações finais se apresentam os resultados mais significativos do estudo realizado, apontando indicações para estudos futuros e possibilidades de ações cooperativas.

CAPÍTULO 1 – O PONTO DE CONEXÃO ENTRE DOIS PAÍSES: A FRONTEIRA E SUAS RELAÇÕES

Se for certo que a determinação e defesa dos limites de uma possessão ou de um Estado se encontram no domínio da alta política ou da alta diplomacia, as fronteiras pertencem ao domínio dos povos. Enquanto o limite jurídico do território é uma abstração, gerada e sustentada pela ação institucional no sentido de controle efetivo do Estado territorial, portanto, um instrumento de separação entre unidades políticas soberanas, a fronteira é lugar de comunicação e troca. Os povos podem se expandir para além do limite jurídico do Estado, desafiar a lei territorial de cada Estado limítrofe e às vezes criar uma situação de facto, potencialmente conflituosa, obrigando a revisão dos acordos diplomáticos (MACHADO, 2000, p. 1).

Perante a materialização da globalização em nível regional através da criação do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) - embora tenha servido muito mais para sustentar transações financeiras internacionais, do que favorecer a livre circulação de cidadãos (SAQUET, 2004) - é pertinente debruçarmo-nos sobre alguns conceitos como fronteira, limite e território, para que se possa construir uma base teórica que amplie o nosso horizonte e sustente a análise do material coletado na pesquisa de campo.

Segundo Osório (1998, p. 41) “É bastante comum considerar os termos fronteira e limite como sinônimos. Existem, contudo, diferenças essenciais entre eles que escapam ao senso comum”, pois o termo fronteira está relacionado com o “olhar para fora”, e os limites tidos como “o fim daquilo que mantém coesa uma unidade político-territorial”.

Diante desse novo cenário – a globalização, Santos afirma que ao contrário do que muitos intelectuais apregoam (fim das fronteiras, morte do Estado), o Estado, segue forte. Atualmente, o que se identifica é a existência de países com territórios nacionais e economias internacionais, ou seja, “[...] o território continua existindo, as normas públicas que o regem são da alçada nacional, ainda que as forças mais ativas do seu dinamismo atual tenham origem externa” (2008, p. 76). Nessa conjuntura latino-americana com vistas a consolidação do MERCOSUL, de ampliação de relações entre os países que fazem parte do bloco, “[...] em que limites e fronteiras entre Estados soberanos parecem estar numa trajetória de dissolução, é que, em aparente contradição a essa tendência, surge o interesse em discutir de novo seu papel” (OSÓRIO, 2000, p. 9).

1.1 CONCEPÇÕES SOBRE TERRITÓRIO

O que nos vem à cabeça, geralmente, quando nos perguntam “o que é território?”. De acordo com Souza (2011), no imaginário das pessoas o termo “território” remete, na maioria das vezes, a um território nacional, vinculado ao Estado enquanto gestor do mesmo, ou “o Estado Nacional”. Outra constatação é que esta associação se deve, invariavelmente, ao nosso contato com a disciplina de geografia, que tem se ocupado do tema ao longo da história com diferentes abordagens. Costa (2010, p. 37) evidencia que, por ser um conceito de “certa tradição também em outras áreas [ciência política, economia, antropologia], cada uma [tem] um enfoque centrado em uma determinada perspectiva”. E elenca essas concepções em quatro vertentes: política ou jurídico-política, na qual o território é um espaço sobre o qual se exerce poder – poder este geralmente ligado ao Estado; cultural, em que ele é visto como “produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido” (p. 40); econômica, em que o foco é perceber o território como fonte de recursos, a dimensão das relações econômicas e “embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho, como produto da divisão ‘territorial’ do trabalho” (p. 40); e natural, privilegiando a relação entre sociedade e natureza.

Para Saquet (2010), as diferentes concepções sobre o tema foram se modificando a partir da década de 1950, sendo identificadas por ele quatro tendências para análise do território: a) centrada na discussão teórico-metodológica, b) pautada pela compreensão geopolítica do espaço; c) direcionada para explicar o desenvolvimento territorial, reestruturação do capital e movimentos sociais; d) semiológica

[...] essa separação entre a primeira tendência e as demais é apenas didática, [...] pois alguns autores contemplam o debate teórico-conceitual, e os da primeira, tentam elaborar uma abordagem explicativa do *real*. Além disso, é importante reconhecer que nessas tendências há: i) diferentes perspectivas epistemológicas, que resultam em distintas abordagens e concepções e, ii) interações e unidade no nível do pensamento, num movimento mais amplo de reelaboração das ciências sociais (SAQUET, 2010, p. 15).

Ainda segundo este autor, a partir das décadas de 1950-60, a abordagem de território, que até então era “meramente descritiva, classificatória e acrítica” (p. 16),

começa a ser reestruturada, abarcando outras variáveis que passam pelo entendimento das mudanças que ocorrem na vida das pessoas, suas articulações, relações de poder, e não somente o espaço físico gerido pelo Estado. Ainda na década de 1990 ocorre uma nova modificação na conceituação de território, passando a considerar para a sua compreensão as dimensões econômicas, políticas e culturais, como principais expoentes Deleuze, Dematteis, Guatarri, Gottmann, Raffestin, Sack².

Castro (2010) assinala que a geografia política teve importância a partir de Friedrich Ratzel, que elaborou uma teoria relacionando política e espaço no final do século XIX, tendo sido a base teórica para o expansionismo alemão no III Reich, caindo em desuso após este período. Após o fim da Guerra Fria e o advento da globalização, a geografia política volta à tona, pois ela sempre esteve em evidência na geografia, partindo do entendimento que política é o modo de organizar conflitos e interesses, que o território é considerado a “[...] materialidade e arena dos interesses e das disputas dos atores sociais” (p. 53), e:

[...] analisa como os fenômenos políticos se territorializam e recortam espaços significativos dos seus interesses, solidariedades, conflitos, controle, dominação e poder. Numa linguagem geográfica, estes espaços podem ser identificados como fronteiras, centro, periferia, guetos, unidades políticas, etc. (CASTRO, 2005, p. 53).

Raffestin define que os limites do território não estão expressos nos mapas, mas em uma organização imaterial, que “[...] pode se expressar por meio do remanejamento dos sistemas institucionais, dos códigos e dos ritos, dos projetos políticos, econômicos e culturais”. (RAFFESTIN, 2005, p. 14). Enfim, podemos adentrar em outra categoria – a da territorialidade, definida como “[...] um fenômeno que envolve indivíduos que fazem parte de grupos interagidos entre si, mediados pelo território; mediações que mudam no tempo e no espaço” (SAQUET, 2010, p. 115).

Souza (2011, p. 87), demonstra que o conceito território pode ser mais flexível, caracterizando-o como um campo de forças em que “relações sociais [são] projetadas no espaço concreto”, e podem ser perenes ou não, como por exemplo,

² Para um aprofundamento maior nesta questão indico SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

territórios de prostituição, do tráfico e do consumo de drogas, caracterizando assim uma territorialidade cíclica. Enfim, “é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (p. 77), construídos e desconstruídos em diferentes escalas (local, regional) e tempos históricos.

1.2 FRONTEIRA

Como já exposto anteriormente, “limite” e “fronteira” são definidos de formas distintas, e segundo o geógrafo Costa (1995, p. 11) “[...] sob o ponto de vista técnico, a ideia de limite corresponde a uma noção linear e a de fronteira a uma noção espacial, que envolve não apenas a linha limítrofe, mas também sua área vizinha”. Para o historiador Golin (2002, p. 14) “[...] o limite [é] como a linha político-territorial extrema do Estado-nação, inscrita na natureza, a mesma objetividade técnica não se pode utilizar para o conceito de fronteira”. Essa ideia de que limite e fronteira são sinônimos ficou presente na fala de vários entrevistados

A fronteira é uma divisão de países, eu acho... no caso nosso, com o Uruguai. Inclusive é uma fronteira calma, tranquila... (Entrevistado 12, 2012).

A fronteira foi criada há muitíssimos anos pelos países, e foi criada para limitar a que um não entrasse no território do outro. [...] Não gostamos que sejamos chamados de municípios de fronteira, queremos colocar outro nome, porque não queremos que exista a fronteira. Creio que a fronteira é uma coisa que realmente nos produz problemas, e não soluções, e nós queremos soluções. Às vezes esse sistema de fronteira nos complica um pouquinho, por isso não a queremos (Entrevistado 19, 2012).

De qualquer maneira, o termo fronteira se apresenta na bibliografia consultada de formas muito diferentes, e pode ser estudado sob diversas óticas. Steiman (2002) traça um interessante panorama sobre as concepções e classificações de fronteiras internacionais, iniciando pela Era Primitiva, passando pelas fronteiras naturais, depois por sua determinação política e defesa do território, mais adiante na história abordando seu caráter econômico através de sua nova reconfiguração pelos blocos regionais, passando atualmente por um discurso de negação, ou sublimação das fronteiras, embora aponte que:

[...] mesmo quando esta parece completamente desfuncionalizada, aparentemente sem efeitos sobre o cotidiano vivido, a fronteira continua a

sublinhar tanto diferenças legais como o princípio da identidade territorial e a separação entre “nacionais” e “não-nacionais” através de impedimentos jurídicos, políticos e ideológicos (STEIMAN, 2002, p.11).

Dietz (2008) destacou a construção histórica³ da fronteira da bacia do Rio da Prata, primeiramente disputada por espanhóis e portugueses na época do Tratado de Tordesilhas (1494) e mais tarde por brasileiros, uruguaios e argentinos, tendo sido demarcadas as fronteiras do Rio Grande do Sul, Uruguai e Argentina em 1801, ainda que se seguissem em disputa por vários anos até 1851, quando foi assinado o Tratado de Limites, justificando com isso o fato de que, por muitos anos, a presença do Estado ali fosse representada unicamente pelo estabelecimento de unidades militares que resguardassem as fronteiras internacionais.

Na prática, segundo Golin (2002) e Steiman (2002), essas fronteiras internacionais são constituídas através da delimitação de limites por tratados internacionais, seguida pela demarcação (construção de marcos), e por fim adesando-os ou caracterizando-os, “etapa na qual se realiza o aperfeiçoamento sistemático da materialização da linha divisória, mediante intercalação de novos marcos, com o objetivo de torná-los cada vez mais intervisíveis” (p. 18). Esse espaço é conceituado por Machado (2010) como:

[...] uma área indefinida, uma zona percorrida pelo limite internacional e que se aproxima da noção geográfica de região. No entanto, na realidade o ambiente geográfico de fronteira é mais complexo do que aquele simbolizado pelo limite, pois se faz pela territorialização de grupos humanos e de redes de circulação e intercâmbio, unidos pela permeabilidade dos limites estatais através da comunicação entre populações pertencentes a diferentes sistemas de poder territorial (MACHADO, 2010, p. 62-63).

A partir da Constituição de 1934 foi estabelecida uma faixa de fronteira de 100 quilômetros, caracterizada como área de segurança nacional, na qual o Conselho Superior da Segurança Nacional era responsável pela concessão de terras, “estabelecendo este o predomínio de capitais e trabalhadores nacionais e determinando as ligações interiores necessárias à defesa das zonas servidas pelas estradas de penetração” (BRASIL, 1934, Art. 166).

³ Para detalhamento minucioso desse processo histórico ler GOLIN, Tau. **A fronteira**: governos e movimentos espontâneos na fixação dos limites do Brasil com o Uruguai e a Argentina. Vol 1. Porto Alegre: L&PM, 2002. Dando segmento ao tema, outro livro do mesmo autor: **A fronteira**: os tratados de limites Brasil-Uruguai-Argentina, os trabalhos demarcatórios, os territórios contestados e os conflitos na bacia do Prata. Vol 2. Porto Alegre: L&PM, 2004.

Já na Constituição de 1937, essa faixa se estende para 150 quilômetros, mantendo todas as disposições anteriores. Segundo Steiman (*op.cit*), essa faixa de fronteira ficou esquecida pelos governos estaduais, não pela burocracia de solicitar ao governo federal qualquer intervenção neste território, mas sim porque não valeria a pena investir recursos em regiões que apresentavam baixo desempenho econômico. Para minimizar esta situação, foi instituída a lei 2597/55, que criou o Programa de Auxílio Financeiro aos Municípios da Faixa de Fronteira (PAFMFF), e estabeleceu que 60% da arrecadação desta faixa fosse destinada para infraestrutura (viação e obras públicas), serviços essenciais (educação e saúde), e custeio de lavoura e pecuária. Para tanto, as prefeituras faziam planos de aplicação desses recursos e submeteriam “[...] à Comissão Especial da Faixa de Fronteira (CEFF) que, por sua vez, deveria solicitar que esses recursos fossem previstos no Orçamento da União” (STEIMAN, *op.cit*, p. 20). Um entrevistado fez menção aos resultados práticos deste tratamento diferenciado à faixa de fronteira:

A fronteira realmente sofreu, pela própria legislação brasileira... é que a faixa de fronteira era zona de segurança nacional, então ela realmente sofreu muito. Inclusive, só pra te dar o exemplo, quando os nossos pais vieram para a Colônia Nova⁴, nós tivemos problema porque eles eram de origem estrangeira: eles vieram, assentaram aqui e o governo federal não queria liberar o assentamento deles aqui, por ser uma faixa de fronteira. Então a fronteira realmente tem certos impeditivos para o desenvolvimento da região. Acho que hoje a política de fronteira está mudando, e o próprio governo federal, o Ministério da Integração Nacional, está dando incentivos para o desenvolvimento da faixa de fronteira, então eu acho que vai facilitar, mas até agora o desenvolvimento da faixa de fronteira era muito complicado, muito complicado! (Entrevistado 03, 2012).

Em termos operacionais, através do Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), o Ministério da Integração Nacional brasileiro (MIN), congregou os municípios fronteiriços em três grandes blocos, Arco Norte, Arco Central e Arco Sul. Detenhamo-nos no último bloco que abarca os municípios a serem estudados, e que ainda é subdividido em três regiões: Portal do Paraná, Vales Coloniais Sulinos e Campanha Gaúcha

[...] outrora dominada apenas pelas grandes “estâncias” de pecuária extensiva em áreas de colonização lusa, e que hoje inclui atividades como a

⁴ A Colônia Nova pertencia ao distrito de Aceguá, que integrava na época o município de Bagé, e foi povoada na década de 1940 por imigrantes russos e alemães (SILVA, 2009 e LUNELLI, 2001).

rizicultura e a viticultura, introduzidas por descendentes de imigrantes europeus provenientes da Serra Gaúcha (BRASIL, MIN, 2010a, p. 19).

Ainda segundo o MIN, os municípios fronteiriços podem ser assim classificados de acordo com sua posição geográfica em relação à linha de fronteira:

[...] em dois grandes grupos, os lindeiros e os não-lindeiros. O grupo dos municípios lindeiros pode ser subdividido em três subgrupos: 1) aqueles em que o território do município faz limite com o país vizinho e sua sede se localiza no limite internacional, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho (cidades-gêmeas); 2) aqueles cujo território faz divisa com o país vizinho, mas cuja sede não se situa no limite internacional; e 3) aqueles cujo território faz divisa com o país vizinho, mas cuja sede está fora da faixa de fronteira (BRASIL, MIN, 2010a, p. 17).

De acordo com essa classificação e dados obtidos junto ao sítio do MIN (c), o Rio Grande do Sul possui, em relação ao Uruguai e Argentina, 10 cidades-gêmeas, 19 cidades na linha de fronteira e 168 localizadas na faixa de fronteira, ou seja, 39,71% de seus municípios estão situados dentro da faixa de fronteira. É importante ressaltar que, segundo Steiman (2002), o Uruguai não especifica em sua Constituição de 1997 uma faixa de fronteira, embora Pucci (2010) ressalte que, desde 2008 se discuta no país a criação de uma faixa de 50 km, de forma a barrar a compra de terras por estrangeiros, garantir a soberania e a segurança sanitária.

Para Schaffer (1990) devido a perspectiva de integração entre ambos os países, a fronteira é reconhecida em um primeiro momento como um espaço em que já se verifica uma aproximação e integração dos povos que ali convivem cotidianamente, apoiada em um discurso de integração em nível supranacional (definição das políticas a serem implementadas) e local (implantação das iniciativas).

Nós sempre dizemos que nós não temos fronteiras, nós sempre nos manifestamos de que, quando todos os políticos falam de Mercosul, nós há cento e poucos anos já fazemos o MERCOSUL [...]. Temos uma união física com o Brasil há muitos anos, e convivemos uns como os outros, então para nós não existe a fronteira, somos irmãos (Entrevistado 19, 2012).

Ou seja, pensar a fronteira como um território tende a favorecer uma linha de raciocínio em que seja possível a cooperação entre seus lindeiros, e os limites e fronteiras seriam definidos pela atuação do Estado. Considerando que trata-se de um território marcado pela interação de diferentes atores, propostas de cooperação

“[...] os planos e as políticas de desenvolvimento devem partir de uma geografia que reconheça as relações, ou seja, uma geografia da territorialidade” (SAQUET, 2010, p. 115).

Destacam-se, nas fronteiras, o que é conceituado como cidades-gêmeas, as quais condensam de forma única as relações transfronteiriças. Foram escolhidas como foco de estudo cidades-gêmeas, nas quais ocorre a materialização das ações de cooperação em saúde. Essas cidades podem ser tecnicamente definidas como:

[...] adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infra-estrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que nesse espaço adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (BRASIL, MIN, 2010a, p. 21).

Por terem uma interação muito grande entre si, são marcadas pelas “[...] relações de convivência onde se entrelaçam sangue, línguas e capitais, ou seja, trocas [...] onde os direitos servem mais a si, enquanto os deveres servem mais aos vizinhos [...]” (OLIVEIRA, 2005, p. 378).

Essa questão de fronteira me seduziu muito, porque tu pega tua bicicleta em dez minutos tu estás em um outro país, em uma outra cultura, outras fisionomias, outra língua... Isso é algo fascinante. É impressionante como atravessando um rio pode ter tanta coisa diferente e tanta coisa semelhante (Entrevistado 15, 2012).

A partir da ligação física entre Brasil e Uruguai nos pontos em que havia a fronteira por água, iniciada em 1913 com a ferrovia entre Rivera e Santana do Livramento, as relações se adensaram, mesmo que anos mais tarde elas ocorressem durante o período do regime militar, mas não permitissem “avançar de maneira resoluta na integração, que tem como um de seus requisitos a participação das sociedades que apenas a democracia garante” (SIMÕES, 2012, p. 51). Cabe ressaltar aqui que a ligação ferroviária das cidades de fronteira brasileiras (Rivera em 1882, e Barra do Quaraí x Uruguiana x Itaqui em 1888) com Montevideu ocorreu antes da ligação com Porto Alegre (1907), favorecendo as ligações comerciais com o país oriental, conforme Adiala (2006). A questão da infraestrutura é decisiva para o estreitamento de laços, como se refere um entrevistado sobre as

relações na tríplice fronteira Barra do Quaraí (Brasil) – Bella Unión (Uruguai) – Monte Caseros (Argentina)

Os acordos têm sido sempre mais difíceis para com o lado argentino, contudo com o Brasil se deram com mais fluidez, mais rapidez, com mais disposição por parte de ambos os lugares e governos locais, porém creio porque com o Brasil há uma ponte que nos une, e com o outro lado não (Entrevistado 18, 2012).

Assim, evidencia-se que a infraestrutura é um quesito fundamental para que haja diálogo e relações entre os países em nível local. No Capítulo 4 essa questão será melhor abordada.

CAPÍTULO 2 – TRILHANDO OS CAMINHOS DA COOPERAÇÃO: ESPAÇOS DE DISCUSSÃO SOBRE A FAIXA DE FRONTEIRA

2.1 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA FAIXA DE FRONTEIRA (PDFF) E O PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE DOS ESPAÇOS SUB-REGIONAIS (PROMESO)

Como já citado no capítulo I, Brasil e o Uruguai mantêm relações de cooperação transfronteiriça de longa data, mas aqui nos deteremos aos passos mais recentes desta caminhada, que forjaram as bases para o estreitamento dessa ligação. Ao instituir a faixa de fronteira, com vistas a ocupar e fixar a população no território, o governo brasileiro criou formas de garantir investimentos financeiros nesta região, segundo Pucci (2010), através de dois programas: o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) e o Programa de Sustentabilidade dos Espaços Sub-Regionais (PROMESO).

Segundo Carvalho (2010), o PDFF foi implantado ainda no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1999, com outro nome - Programa Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira (PDSFF), no bojo do Plano Plurianual (PPA) 2000-2003 denominado “Avança Brasil”. Seu objetivo era estudar os problemas e demandas da região fronteira e realizar obras de infraestrutura para enfrentá-los, tendo beneficiado 55 municípios em um total de 59 obras, que somadas representaram R\$ 8,2 milhões (BRASIL, MIN, 2001). Através da análise da documentação relativa ao PDSFF, o autor constatou que a intenção de executar as obras desse programa era fixar a população em sua região de origem. Por não ter um planejamento claro, segundo o autor, o PDSFF não passou de “[...] uma política de destinação de recursos viabilizada por meio de emendas parlamentares. Moeda de troca de apoios e acesso restrito e definidos a priori, de acordo com interesses políticos” (CARVALHO, 2010, p. 14).

Quando ocorre a mudança do governo de Fernando Henrique Cardoso para Luiz Inácio Lula da Silva, várias lacunas são apontadas no PDSFF, e se propõe sua reestruturação

Até recentemente, o Programa caracterizava-se pela presença de projetos desarticulados e fragmentados, movidos por uma lógica assistencialista,

sem qualquer planejamento ou orientação programática, resultando na dispersão dos escassos recursos públicos, sem ter impactos na geração de emprego e renda, na organização da sociedade civil e na estruturação das atividades produtivas. Do ponto de vista das relações internacionais, a concepção anterior do Programa colocava toda a ênfase na idéia da fronteira como peça fundamental da defesa nacional e da imposição de barreiras às ameaças externas, implicando, de fato, a imposição de limites nas relações com os países vizinhos (BRASIL, MIN, 2005, p. 5).

A partir de então o programa volta a se chamar PDFF e os investimentos na faixa de fronteira – área que corresponde a 27% do território nacional teria a função de desenvolver as regiões de fronteira com vistas ao estreitamento de laços com os países vizinhos. Essa reorientação do programa privilegia os acordos bilaterais enquanto modelos de atuação em conjunto que possam ser replicados em outros lugares.

Quanto ao financiamento das ações, visando mudar a forma de investimentos neste território – realizados até então através de emendas parlamentares - para execução desse novo PDFF, foi criada dentro do MIN a Secretaria de Programas Regionais (SPR), e os recursos financeiros foram alocados através dos PPA's no período de 2004-2007 (Brasil de todos) e 2008-2011 (Desenvolvimento com Inclusão Social e Educação de Qualidade). A Secretaria é responsável, para além do PDFF, pelo Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Semi-Árido - CONVIVER e pelo PROMESO. Pelo fato do governo federal ter reorientado sua política de forma a privilegiar o espaço como pedra angular de suas ações, “As atuações e prioridades são deliberadas pelo recorte regional definido, fazendo com que o espaço seja o enunciador da ação e definidor das prioridades através da seleção regional” (CARVALHO, 2010, p. 146). A partir desse eixo norteador, a faixa de fronteira com o Uruguai é contemplada, além do PDFF, pelo PROMESO, que tem como objetivo

[...] aumentar a autonomia e a sustentabilidade de espaços sub-regionais por meio da organização social, do desenvolvimento dos seus potenciais endógenos e do fortalecimento das suas bases produtivas, com vistas à redução das desigualdades inter e intra-regionais (BRASIL, MIN, 2009, p. 9).

O PROMESO é calcado na atuação dos atores locais que se constituiriam em fóruns de apresentação de suas demandas visando embasar a proposição de

projetos que guiariam os investimentos públicos em determinada mesorregião. No caso da fronteira estudada, ela integra a Mesorregião Metade Sul do Rio Grande do Sul, que tem destaque por ser considerado como o eixo de desenvolvimento do Cone Sul no quesito de investimentos em infraestrutura para ampliação das atividades econômicas e inclusão produtiva da população que ali habita.

Refletindo sobre o estabelecimento de relações entre os dois países no âmbito local, na década de 1990, assinala-se a Declaração de Jaguarão, que inaugurou os Comitês de Fronteira nas cidades gêmeas de Santana do Livramento/Rivera, Chuí/Chuy e Jaguarão/Rio Branco⁵, com os “[...] objetivos [de] impulsionar o desenvolvimento socioeconômico da região, promover a coordenação dos órgãos encarregados dos temas relevantes da área e facilitar a circulação de pessoas, mercadorias e veículos”, que se reuniram com a frequência necessária (BRASIL, 1990). Entretanto, talvez por não se ter estabelecido, na criação desses Comitês, um cronograma de reuniões para proposição de ações a serem realizadas em conjunto, os mesmos – ao que tudo parece, de acordo com a primeira fase exploratória sobre sua atuação - não se efetivaram como um *locus* privilegiado para promoção de discussões acerca de temas inerentes às fronteiras, embora quando da sua implantação fosse grande o afã e expectativa em torno de sua atuação. Aveiro (2006, p. 105) constata que, em geral, esses Comitês foram perdendo forças e suas reuniões foram se tornando mais esparsas, ou de fato tiveram atuação reduzida e pouco eficaz:

As reuniões dos Comitês foram, paulatinamente, sendo espaçadas. A empolgação inicial foi substituída por um sentimento de grande frustração. Embora as ideias dos comitês fossem boas, o organismo não era a instância capaz para executá-las. As recomendações eram enviadas aos Consulados, que tampouco eram as entidades competentes para implementá-las. A burocracia envolvida em todo o processo inviabilizava o atendimento dos pedidos, o que desestimulava a continuação dos trabalhos locais. Além disso, a grande distância entre a esfera central e as localidades lindeiras dificultava ainda mais o desempenho positivo dos órgãos centrais e sua atuação efetiva.

ACHARD (1995) revela que através da análise das atas desses comitês, o tema que aparece mais vezes nas reuniões é o de saúde (12 vezes), seguido por

⁵ Para uma abordagem mais detalhada dessa legislação ver a dissertação de AVEIRO, Thais Mere Marques. **Relações Brasil-Uruguaí: A Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço.**

saneamento e meio ambiente (8), aduana (7) e bombeiros (4). Além de ter sido o tema mais referido, foi tratado em todos os comitês no período de 1990 a 1994, mas não houve avanços nas questões abordadas – exemplificado pela tabela a seguir

Tabela 1 - Quadro de reuniões, temas tratados e soluções pelos comitês de fronteira – (1990-1994)

Comitê	Reuniões	Temas tratados	Soluções
Rivera-Livramento	5	10	2
Artigas-Quaraí	8	8	0
Jaguarão-Rio Branco	6	10	2
Chuí-Chuy	4	13	3
Total	23	41	7

Fonte: ACHARD, 1995, p. 125

Segundo ele, o problema maior quanto a resolutividade dos pleitos se dá no âmbito da natureza jurídica das propostas, e “Hasta el momento, la constitución de comisiones binacionales de salud tampoco han permitido avanzar en la solución de los distintos aspectos vinculados a la misma” (1995, p. 126).

2.1.2 A NOVA AGENDA DE COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO FRONTEIRIÇO

Diante da falência da proposta dos comitês, em abril de 2002, ainda sob o governo de Fernando Henrique Cardoso no Brasil e Jorge Battle no Uruguai, é estabelecida uma “Nova Agenda de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço”, em que as demandas fronteiriças são tratadas sob uma nova ótica, pautadas pelo desenvolvimento sustentável da região, com o objetivo de:

[...] complementar e superar os impasses da cooperação tradicional na área de fronteira, na busca de uma integração que facilite a vida das pessoas. Os entraves burocráticos frustravam a legalização de fatos sociais característicos dessa região, em que existe um “modo de ser fronteiriço”. A Nova Agenda visa exatamente coordenar a ação das diversas autoridades. Os Comitês de Fronteira, apesar do grande empenho e de serem o elo entre as autoridades e as populações fronteiriças, não têm poder de desenvolver projetos. Os Comitês ganharam alento com a Nova Agenda, cumprindo esse papel de canal de comunicação entre as comunidades locais e as esferas de poder. Eles fazem chegar às autoridades as demandas da população para que soluções sejam apresentadas no sentido de facilitar o cotidiano desses cidadãos. (AVEIRO, 2006, p. 115).

Esta “Nova Agenda” segundo Aveiro (2006) e Simões (2012), é capitaneada pelo Ministério das Relações Exteriores, que a mantém ativa através da atuação dos consulados e vice-consulados dispostos pela fronteira. As pautas são estruturadas e organizadas em quatro grupos de trabalho (GT): educação e formação profissional, saúde, saneamento e meio ambiente e cooperação policial e judicial, que realizam discussões e levam suas propostas para as Reuniões de Alto Nível (RAN), em que “[...] aprovam-se as propostas dos grupos de trabalho a serem remetidas às respectivas Chancelarias [e] têm a função precípua de informar e assessorar sobre o andamento das negociações bilaterais” (AVEIRO, 2006, p.116).

De acordo com Aveiro (2006), os presidentes Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Tabaré Vazquez (2005-2010) conduziram seus governos de forma a aprofundar as relações rumo à integração regional, no que a autora qualifica como uma reorientação da política externa brasileira. No ano de 2004, foi criado o Comitê Binacional de Intendentes e Prefeitos, que tem se reunido em algumas cidades da fronteira, congregando os municípios fronteiriços e planejando ações conjuntas, como o projeto piloto de saneamento básico binacional Aceguá/Aceguá (ACEGUÁ, 2011, p.3). Essas reuniões têm ocorrido de forma a consolidar a “Nova Agenda”, e na esteira dessas articulações, os Comitês de Fronteira deveriam retomar suas funções com o intuito de promover a discussão sobre novas áreas para integração. Destas reuniões resultaram proposições de acordos que mais tarde seriam promulgados pelo governo brasileiro, como o de permissão de residência, estudo e trabalho, livre trânsito de pessoas, possibilitando que “[...] los antiguos ‘indocumentados’ ahora pueden vivir, estudiar, trabajar y tener acceso a la seguridad social en la zona de frontera de ambos países” embora este movimento ainda esteja longe de se concretizar como um bloco subregional (CLEMENTE, 2010, p.180).

Por parte do governo uruguaio, segundo Clemente (2010), após a posse do novo presidente, Jose Mujica, foi intensificado o diálogo bilateral entre os países, através da realização de vários encontros binacionais. Embora tenham focado muito suas discussões sobre melhorias e/ou aporte de novas estruturas para conexão ferroviária, rodoviária e hidroviária e cooperação científica, também previram investimentos em saneamento básico nas cidades-gêmeas de Aceguá/Aceguá e a implantação de um sistema de pagamentos em moeda local entre os dois países, no intuito de facilitar transações e reduzir custos operacionais, concluindo que:

Todo el proceso que condujo a la aprobación de los planes binacionales es consistente con la política de estrecho acercamiento con Brasil cumplida desde los inicios del gobierno de José Mujica y caracterizada por un diálogo fluido entre los dos gobiernos y estrecha cooperación política cimentada en la coincidencia en torno a problemas que afectan a América Latina en temas tales como defensa de la democracia, vigencia de los derechos humanos, respeto por el derecho internacional y solución pacífica de las controversias (CLEMENTE, 2010, p.181-182).

Essa mudança na condução da política internacional é sentida em nível local, conforme pode ser visualizado na fala a seguir

[...] enquanto Brasília e Montevideú olhavam para o mar, como dizíamos, nós sobrevivíamos, porque nós sempre tivemos governos de costas para a província, ou aos estados, inclusive o Brasil... o Brasil controlava o seu continente oceânico e descuidava o seu sistema fronteiro. Creio que com a chegada de Lula ao governo no Brasil, o Brasil mudou sua política de fronteira, uma troca de política fronteira positiva para os lugares fronteiros, e que hoje vemos que os dois países trabalham neste sentido. Nós em dois anos e meio de governo tivemos a presença da chancelaria brasileira aqui duas vezes, em nosso território, então isso é positivo (Entrevistado 19, 2012).

No intuito de organizar as demandas e propostas de políticas para a região fronteira, em 2008, foi constituído pelo Ministério da Integração Nacional (MIN) um Grupo de Trabalho Interfederativo (GTI), composto por representantes de alguns ministérios e municípios. Recentemente o GTI sugeriu a criação por meio de decreto (BRASIL, 2010b), de uma Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira (CDIFF), com a finalidade de “[...] propor medidas e coordenar ações que visem ao desenvolvimento de iniciativas necessárias à atuação do Governo Federal naquela região [...]” (BRASIL, MIN, 2010). Esta comissão é integrada por todos os ministérios do Governo Federal, estando prevista a participação dos representantes de municípios como membros convidados, e instalação de núcleos estaduais que sistematizarão e encaminharão as demandas locais, sendo compostos por atores envolvidos na região (Universidades, SEBRAE, governo estadual e federal, representantes das cidades-gêmeas, sociedade civil) (COMISSÃO PERMANENTE PARA O DESENVOLVIMENTO E A INTEGRAÇÃO DA FAIXA DE FRONTEIRA, 2011). No Rio Grande do Sul, o Núcleo Estadual de Fronteira foi instalado no dia 20 de outubro de 2011, e criado através de decreto do governador Tarso Genro em julho do mesmo ano, tendo sua coordenação realizada pela “Assessoria de Cooperação e Relações Internacionais do gabinete do

governador; pelo Vice-Governador; Casa Civil; Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã; e Gabinete dos Prefeitos e Relações Federativas”, conforme informa o Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul (CODESUL, 2011)⁶.

Em um balanço das iniciativas e proposições, Simões (2012), indica que são dois os principais destaques no processo de integração e cooperação entre os países: a criação da já citada Nova agenda, e o “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, considerado

[...] um acordo inovador por garantir aos moradores brasileiros e uruguaios das localidades fronteiriças identificadas no acordo o direito de residir, estudar e trabalhar em ambos os lados da fronteira, criando um embrião de estatuto da fronteira. Dessa forma, a fronteira brasileiro-uruguaia colocou-se claramente na vanguarda dos esforços de integração. O acordo, na verdade, buscou reconhecer a evolução da realidade no terreno, em que as interações humanas e a vida cotidiana nessas localidades desconhecem, para efeitos práticos, as fronteiras nacionais. O acordo foi inovador porque reconheceu essa realidade *sui generis* da fronteira entre os dois países, em que a população compartilha não apenas o mesmo espaço urbano e as aspirações, mas também os mesmos desafios em áreas como trabalho, saúde, educação, desenvolvimento econômico e social, entre outras (SIMÕES, 2012, p. 52).

O que se percebe na fala dos entrevistados é que as reuniões da Nova Agenda, que antecedem a RAN acabaram se tornando o principal espaço de discussão das questões em comum entre os países, suplantando os Comitês, como bem pontuou Pucci (2010, p. 118): “Na prática, porém, os temas dos Comitês de Fronteira migraram gradualmente para os GTs da Nova Agenda, a seu turno subordinado à Reunião de Alto Nível dos Vice-Chanceleres”. Nas atas consultadas que abordam o tema saúde, basicamente quatro questões são debatidas: recursos humanos para atuação nas cidades-gêmeas, vigilância epidemiológica (dengue, hidatidose⁷ e HIV), sistema de informação que possibilite a integração de dados sobre a saúde da população e cooperação técnica (RAN, 2011).

⁶ Em 2012 o Núcleo Estadual do Rio Grande do Sul promoveu duas reuniões com prefeituras de municípios da faixa de fronteira, Universidades e sociedade civil para elaboração de um Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira (PDIF), com vistas a pleitear recursos do Orçamento da União para financiar as atividades propostas. Os PDIFs estaduais integrarão o programa Brasil Fronteira, com lançamento previsto para março de 2013.

⁷ A hidatidose⁷ é uma doença parasitária causada pelo *Echinococcus granulosus*, que é transmitida aos humanos pelos cachorros que comem vísceras de animais infectados. Causa cistos em tecidos moles, geralmente fígado, pulmões e cérebro.

2.1.3. FUNDO PARA A CONVERGÊNCIA ESTRUTURAL DO MERCOSUL (FOCEM)

Podem-se pontuar também os espaços institucionais promovidos pelo MERCOSUL para discussão e aporte de recursos para regiões de fronteiras. O Conselho do Mercado Comum (CMC) criou em 2004 um grupo de alto nível para gerir o Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM), com o intuito de:

[...] financiar programas para promover la convergencia estructural, desarrollar la competitividad y promover la cohesión social, en particular de las economías menores y regiones menos desarrolladas; apoyar el funcionamiento de la estructura institucional y el fortalecimiento del proceso de integración (MERCOSUR, 2004).

Dentre os programas de apoio aos seus membros, há o Programa III, destinado a “[...] contribuir al desarrollo social, em particular, en las zonas de frontera, y podrán incluir proyectos de interés comunitario en áreas de la salud humana, la reducción de la pobreza y el desempleo” (MERCOSUR, 2005).

Outra iniciativa foi a criação do Instituto Social del Mercosur (ISM) em 2007, definido como “[...] una instancia técnica de investigación en el campo de las políticas sociales e implementación de líneas estratégicas con el objetivo de contribuir a la consolidación de la dimensión social como un eje central en el proceso de integración” do bloco (ISM, 2007). O Instituto contempla a investigação de fronteira em um eixo denominado **Frontera, identidades y construcción de ciudadanía en el MERCOSUR.**

2.1.4 OFICINAS DO MINISTÉRIO DE DESARROLLO SOCIAL - MIDES

Pucci (2010) ressalta que por parte do Uruguai, teve destaque a atuação do Ministério de Desarrollo Social (MIDES), através do “Programa de Frontera”, que fomentou a criação de grupos de fronteira nas cidades-gêmeas, que teriam como integrantes gestores locais, representantes da sociedade civil e setor privado, no intuito de elaborar diagnósticos locais e discutir temas como saúde, educação, meio

ambiente, cultura, proteção social, através de seminários temáticos. Embora primeiramente se pareça com a estrutura e os comitês de fronteira, sua diferença é que

[...] os grupos de fronteira são canais nacionais de articulação com a sociedade local, geridos exclusivamente pelo MIDES; diferem, portanto, dos Comitês de Fronteira, que são órgãos binacionais, de composição menos aberta e bem mais formais em seus procedimentos (PUCCI, 2010, p. 44).

Ainda segundo o autor e os dados obtidos através do MIDES (2008), foram realizadas algumas atividades entre os anos de 2006 a 2008 com participação da comunidade. Porém, este espaço de participação poderia ter sua ação finalizada a partir de 2009, por conta da centralização de esforços para a campanha eleitoral que iniciava no Uruguai, sendo possivelmente substituído pela reativação de comitês de fronteira, comissões de fronteira ou comitês de coordenação local (PUCCI, 2010). De fato, as oficinas do MIDES foram mencionadas apenas por um entrevistado nas cidades pesquisadas; o que se verificou é que alguns comitês poderiam ser reativados (comitês binacionais de saúde, por exemplo), pelo fato de serem condições *sine qua non* para obtenção de recursos

Nesses contratos, convênios, é fundamental que se tenham comitês, um grupo de pessoas, acompanhando como está sendo realizado isso, e também pensando nessas políticas de cooperação. [...] Por um bom motivo veio uma proposta do Ministério e da OPAS do DST/AIDS [...] e jogou para os municípios um cronograma de ações que os municípios tinham que realizar encontros e criação dos comitês, e aí vieram com a proposta de criar o comitê DST/AIDS na nossa fronteira, que não tinha [...]. E o que a gente propôs e foi aceito, é que aproveitasse esse momento e criasse um comitê de serviços de saúde em fronteira, que discutisse também DST/AIDS, mas que estivesse aberto para outras discussões. A ideia é que a partir desse comitê se trabalhe também em prol dessas cooperações (Entrevistado 20, 2012).

Em que pese a descontinuidade das oficinas do MIDES, ele segue atuando no território: “Comitê de saúde não há nada. Em proteção social sim, o MIDES tem participado muito e tem ajudado a pessoas de poucos recursos”, (Entrevistado 07, 2012), tendo articulado atores em prol da construção de um centro de hemodiálises em Chuy.

Portanto, sintetizando as informações sobre espaços de discussão na fronteira se pode visualizar o seguinte esquema de atuação:

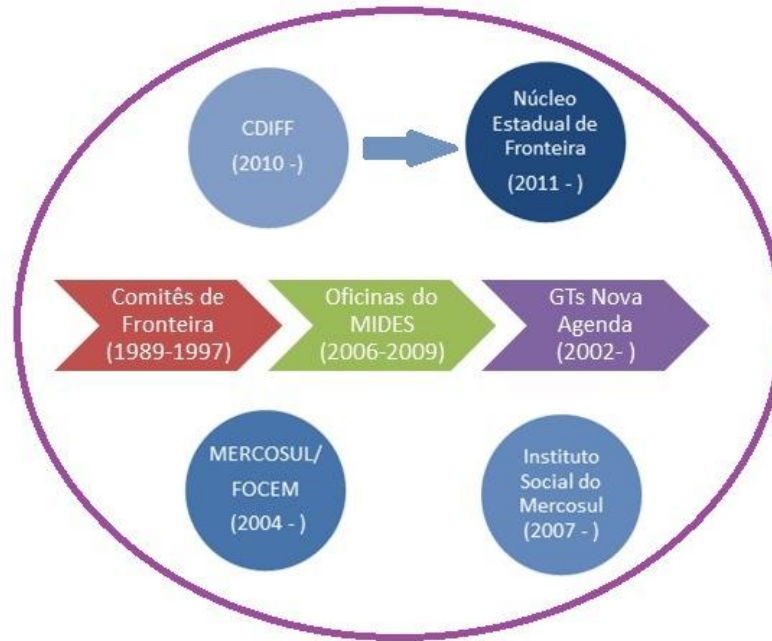


Figura 2 - Espaços de discussão sobre fronteira

Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

Pela figura, é possível observar que as discussões dos Comitês de Fronteira migraram para as oficinas do MIDES, que por sua vez foram absorvidas pelos GTs da Nova Agenda de Cooperação, ainda que a ideia inicial fosse a reativação e a manutenção da atividade dos Comitês concomitante aos GTs. É visível também a aproximação do governo federal e estadual através da criação do CDIFF dentro do Ministério da Integração Nacional, ao qual o Núcleo Estadual de Fronteira é subordinado. Através do FOCEM o MERCOSUL marca presença no cotidiano na vida dos fronteiriços, financiando projetos para melhoria da saúde da população, e com a criação do Instituto Social do MERCOSUL é possível considerar que as questões sociais terão mais espaço de discussão no bloco.

CAPÍTULO 3 – OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DO URUGUAI

Os sistemas de saúde são uma das expressões das políticas públicas, sendo que neste texto estas são entendidas a partir de referências pautadas em autores que apontam para sua conceituação a partir de seu significado relativo ao Estado em ação, envolvendo aspectos econômicos, sociais e culturais. No sentido de esclarecer a compreensão aponta-se referências sobre políticas públicas que podem contribuir para o entendimento acerca da dinâmica que envolve os sistemas de saúde e como se materializam na vida das pessoas.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

SOUZA (2006) traça um panorama sobre o tema desde o advento das políticas públicas como uma área de conhecimento, sendo que nos Estados Unidos sua ênfase se deu na análise da ação dos governos; já na Europa, os estudos eram focados no papel do Estado como produtor de políticas públicas. A autora também faz um apanhado das principais definições sobre políticas públicas e os principais autores:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p. 24).

Por se tratar de um campo de conhecimento multidisciplinar, é através da formulação e implantação das políticas públicas que se operam as ações governamentais, que posteriormente são alvo de avaliações e monitoramento, e “[...] desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas [...]” SOUZA (2006, p. 26).

Ao também fazer uma retomada sobre como se conformaram os estudos sobre políticas públicas, DI GIOVANNI (2009) aponta que o acervo gerado por esses estudos pode ser de grande valia no processo de formulação de intervenções

governamentais. O autor ainda estabelece quatro diferentes ângulos para se analisar as políticas públicas, sendo eles:

- a. estrutura formal, composta pelos elementos: “teoria”, práticas e resultados;
- b. estrutura substantiva, composta pelos elementos: atores, interesses e regras;
- c. estrutura material, composta pelos elementos: financiamento, suportes, custos; e,
- d. estrutura simbólica, composta pelos elementos: valores, saberes e linguagens (p. 21).

De acordo com FREY (2000), há três dimensões da política, sendo elas *polity* (instituição política), *politics* (processos políticos) e *policy* (conteúdo dessa política). Em torno delas, podem ser encontradas o que ele denomina como *policy networks*, que são “[...] redes de relações sociais que se repetem periodicamente, mas que se mostram menos formais e delineadas do que relações sociais institucionalizadas, nas quais é prevista uma distribuição concreta de papéis organizacionais” (MILLER *apud* FREY, 2000, p. 221), e que tem ganho cada vez mais terreno nas democracias modernas. Isso porque a tendência é que essa rede de atores se mobilize não por uma política específica como um todo, mas por questões mais focalizadas.

Uma outra abordagem das políticas públicas é a sua concepção como um *policy circle*, em que várias atividades políticas são agrupadas, sendo que elas podem ocorrer de forma simultânea, formando assim um processo político, tendo suas fases divididas basicamente em formulação, implantação e controle dos impactos das políticas (FREY, 2000; RUA, 2009).

CAVALCANTI (2007) detém sua análise sobre como se formulam, implementam e se avaliam as políticas públicas a partir de duas perspectivas: uma com foco na análise do processo e outra na verificação dos resultados alcançados. Tomando como base o viés da análise do processo, e considerando que a função de uma política pública é a distribuição de determinado bem ou recurso, a autora afirma “[...] que enquanto uma 'ação' a política pública se refere a um conjunto de opções e decisões que são feitas pelas autoridades públicas e que afetam determinados grupos ou indivíduos” (p. 23).

Assim, percebe-se que os sistemas de saúde compreendem, como política pública, uma estrutura formal, atores que os movimentam, um padrão cultural sobre a sua funcionalidade e as expectativas em relação ao mesmo, dependem de

financiamento, instituições e institucionalidades que lhe dão forma e concretude. São estes elementos que conferem distinções entre os sistemas de saúde.

Na América Latina não existe um tratamento uniforme quanto ao quesito saúde, mas “o tratamento constitucional conferido à saúde traduz-se na maneira em que o Estado entende e assume a sua responsabilidade em relação à saúde dos habitantes” (BORBA e HOSSNE, 2010, p. 43). Em ambas as Constituições (do Uruguai de 1967, e do Brasil de 1988), há referência à saúde em linhas gerais, como um direito garantido à população – embora no Uruguai ele seja oferecido apenas aos carentes de recursos, sendo responsabilidade do Estado em ordenar o atendimento nos dois países. Já no Brasil é explícita a participação constitucional do Estado na promoção e recuperação da saúde, através do acesso universal aos serviços de saúde, enquanto no Uruguai em sua Constituição é facultado à sua população zelar pela própria saúde.

3.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Com o advento da Constituição, em 1988, o Estado brasileiro toma para si a responsabilidade pelo acesso à saúde pela população e prevenção de agravos, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), missão essa inscrita na já tão propalada frase “a saúde é um direito de todos e o dever do Estado”. Na ocasião previu-se também a observância aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular na condução do SUS. Em 1990 entra em vigor a Lei 8080, que regulamenta o funcionamento do Sistema e estabelece diretrizes de atuação

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII-

participação da comunidade; IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, MS, 1990).

O Brasil elegeu então centrar esforços em um sistema que expandiu a cobertura da atenção em saúde, potencializada posteriormente através do Programa Saúde da Família (PSF), em 1996. Através dele, a população adscrita em um determinado território ali seria atendida em suas necessidades primárias, recebendo orientações quanto a prevenção de doenças e promoção da saúde. A atenção à saúde bucal foi ampliada e a saúde mental foi totalmente reorientada através do fechamento gradual de hospitais psiquiátricos e introdução de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Quanto a rede hospitalar, segundo Giovanella *et al* (2012), a maior parte dos leitos (65%) ainda concentrados em hospitais privados, e embora o número de leitos em hospitais públicos estejam aumentando, o setor privado ainda é o que mais recebe recursos do SUS.

A estrutura de gestão do Sistema está definida de acordo com o fluxograma a seguir



Figura 3 - Estrutura institucional e de decisão do SUS

Fonte: Giovanella *et al*, 2012, p. 236.

A partir da descentralização administrativa aprovada pela Constituição Federal em 1988, estados e municípios se tornaram politicamente autônomos e soberanos, cabendo a estes concretizarem as políticas sociais propostas pelo diversos níveis de governo, as quais atenderiam as demandas da população de determinada circunscrição. A adesão dos municípios ao SUS foi alicerçada em outras variáveis

[...] envolve(ndo) o custo político e financeiro de arcar com a responsabilidade pública pela oferta universal de serviços de saúde em condições de elevada incerteza quanto ao fato de que o governo federal venha efetivamente a cumprir com a sua função de financiamento do sistema. Paralelamente, supõe que o município disponha de uma capacidade técnica instalada que o habilite a desempenhar as funções previstas em cada uma das condições de gestão (ARRETCHE, 1999, p. 121).

Segundo YUNES (1999), o modelo de descentralização adotado teve como eixo a relação entre a União e os municípios, prejudicando o papel dos estados como articuladores do processo de regionalização dos serviços e favorecendo um cenário que “acentua as distorções regionais e que acaba desequilibrando a redistribuição dos recursos destinados à saúde” (p. 68). Já COHN (1994, p. 94), enfatiza que os aspectos econômicos sobrepuseram os políticos nesse movimento, e que a descentralização foi forjada de maneira nebulosa

[...] sendo implantada com um volume crescente de recursos dos municípios, como também a baixa definição das competências de cada nível de poder impõe limites estreitos à autonomia dos municípios na definição de suas políticas de saúde. Acresce que a descentralização, nos moldes em que se dá, carece de um padrão de articulação entre os níveis federal, estadual e municipal. Há casos em que município e nível federal se relacionam diretamente, e outros em que o nível estadual figura como intermediário.

Passada mais de uma década do início desse movimento, a necessidade de implantação de uma forma mais eficaz e profunda de conduzir esse processo é verificada pelos gestores do Sistema Único de Saúde, por perceberem várias fragilidades no processo de implantação do SUS. O instrumento proposto para favorecer a organização dos serviços através de uma rede regionalizada de atenção aos principais agravos à população, fortalecer o controle social e assim melhorar a gestão dos recursos foi a adesão por estados e municípios ao Pacto pela Saúde. O

Pacto pela Saúde está dividido em três esferas (CONASS, 2006):

- Pacto pela vida – elege prioridades e metas a serem alcançadas na atenção em saúde (saúde do idoso, da mulher, redução da mortalidade infantil e materna, saúde do trabalhador, saúde do homem, saúde mental...);
- Pacto em defesa do SUS – consiste em regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, e definir o compromisso das três esferas de gestão do SUS (municípios, estados e governo federal) quanto ao financiamento das ações em saúde;
- Pacto de gestão – este eixo contempla a organização administrativa da saúde, estabelecendo responsabilidades e, inclusive, novos ordenamentos regionais e territoriais com o intuito de descentralizar a gestão e desburocratizar processos, qualificar o controle social e o trabalho em saúde, regulação do acesso aos serviços.

Com isso, pretende-se qualificar a gestão do SUS, e dentre essas melhorias está prevista a regionalização da saúde, pois

[é] necessário que haja flexibilidade no reconhecimento das melhores conformações para as Regiões de Saúde, tendo em vista que podem ser compostas por municípios pertencentes a um ou a mais de um estado; podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras (BRASIL, 2007, p. 18).

Especificamente sobre a organização da saúde em municípios fronteiriços, sugere a criação de Regiões de Saúde Fronteiriças, em que gestores nos âmbitos municipal, estadual e federal possam montar estratégias de atuação que contemplem as necessidades da população que ali vive. Porém, de acordo com a análise feita por Preuss e Nogueira (2012), sobre os desdobramentos advindos da assinatura do Pacto pelas cidades-gêmeas brasileiras, argentinas e uruguaias ocorreram diversos problemas em sua implantação (seja por parte da morosidade conferida pela burocracia para adesão, seja pelo não entendimento por parte de gestores e profissionais de saúde quanto as suas implicações). Em suma, a adesão ao Pacto na fronteira

[...] 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 (PREUSS e NOGUEIRA, 2012, p. 331).

Da criação do SUS até então, se tem experimentado a transferência de programas e ações em saúde do âmbito federal para Estados e Municípios, alguns de adesão compulsória – a exemplo das vigilâncias em saúde, outros elegíveis de acordo com critérios populacionais (programas específicos de atenção a crianças, jovens, indígenas, negros, mulheres, homens, idosos, gestantes...) ou epidemiológicos (atenção a hipertensos, diabéticos, portadores de HIV/AIDS, pacientes oncológicos). Nessa conjuntura, o financiamento do SUS tem sido alterado gradativamente, sendo repassados recursos aos municípios para cinco blocos distintos, em que o gestor pode alocá-los dentro cada bloco⁸, de forma a contemplar as suas especificidades regionais e locais, conforme o esquema a seguir:

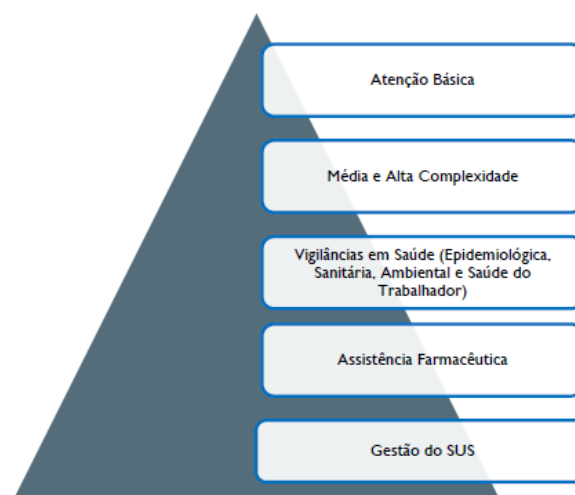


Figura 4 - Financiamento do SUS por blocos

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS). Elaborado pela autora, 2011.

Embora haja essa estrutura de financiamento, o problema do custeio de serviços é um grande entrave, porque os valores repassados pela União e Estados são considerados baixos, e se refletem na dificuldade de fixação de profissionais – em geral médicos especialistas fora dos grandes centros, formação de recursos humanos, déficit da estrutura de atendimento a urgências e emergências, acesso a medicamentos, ações insuficientes para promover ações de prevenção em saúde (GIOVANELLA *et al*, 2012).

⁸ Excetua-se aqui o financiamento da Assistência Farmacêutica, que tem uma dinâmica própria de financiamento e de responsabilização pelo elenco de medicamentos distribuídos entre seus componentes básico, estratégico e dispensação excepcional.

3.3 O SISTEMA DE SAÚDE URUGUAIO

O sistema de saúde uruguaio, segundo Fuentes (2010), tem passado nos últimos anos por uma reforma no modelo de atenção que apresentava custos elevados, grandes disparidades no pagamento de salários aos profissionais e na infraestrutura de atenção pública e privada, além de modelo centrado na hospitalização em detrimento da atenção básica. Iniciada ainda em 2005 no primeiro governo da Frente Ampla (2005-2009), e propiciada por uma conjuntura de fatores como a crise econômica de 2002, apoio dos diferentes atores (parlamentares, usuários e trabalhadores da saúde, principalmente corporações médicas que ora atuam como profissionais, ora como prestadores de serviços), a dita reforma foi estabelecida pela Lei 18211/2007, que criou o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), e regulamentou “[...] o direito à proteção da saúde que têm todos os habitantes residentes no país e estabelece as modalidades para seu acesso a serviços integrais em saúde” (URUGUAI, 2007).

Voltado para a atenção básica, o novo sistema tem como principal objetivo integrar os variados subsistemas de saúde existentes que não tinham conexão, com metas a serem alcançadas como, por exemplo, atenção a hipertensos e diabéticos, tabagistas, gestantes, financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FONASA), de forma que a população contribua de acordo com sua renda, mas que receba atenção de acordo com suas necessidades, alcançando assim, um patamar de justiça social (MINISTÉRIO DE SALUD PUBLICA, s/d). Uma forma de visualizar como funciona o SNIS pode ser pela figura a seguir

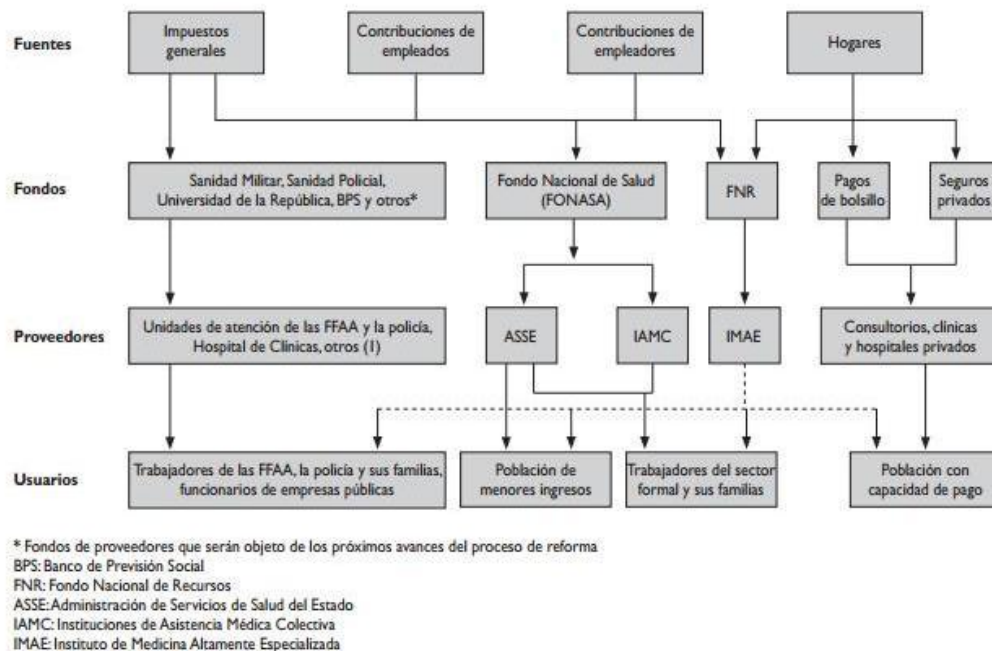


Figura 5 - Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)

Fonte: ARAN; LACA (2011, p. 266).

O financiamento do SNIS é como no Brasil: mantido por tributos arrecadados pelo governo e pelas contribuições dos trabalhadores e empresas. Todo o recurso é reunido no FONASA, que faz o repasse para os prestadores de serviço públicos e privados que compõem o sistema, sendo enviados recursos para o Fundo Nacional de Recursos (FNR), que cobre os tratamentos de alto custo e complexidade. Quanto a prestação de serviços, ela pode ser assim caracterizada

O principal provedor de serviços são as Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), que são associações privadas de profissionais, sem fins lucrativos, que oferecem atenção integral a 56% dos uruguaios, os beneficiários da seguridade social. A maioria dessas instituições tem suas próprias unidades de cuidados. O setor privado também tem os chamados Seguros Privados, que são empresas de fins lucrativos que prestam serviço em troca do pagamento de uma mensalidade, cujo valor depende do nível de risco do segurado. Estes seguros cobrem cerca de 2% da população. Este setor também inclui clínicas privadas e hospitais que são financiados por particulares e pagamentos de seguros privados. Os prestadores públicos incluem a rede de hospitais públicos que estão agrupados em Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), do Hospital Universitário, unidades de cuidados das forças armadas e da polícia, e as unidades de cuidados primários de municípios. O ASSE e do Hospital Universitário fornecem cobertura para 37% da população e as unidades das forças armadas a 5%. O ASSE e IAMC FONASA recebem pagamentos por habitante de acordo com o risco da população abrangida e os objetivos de cuidados definido pelo Ministério da Saúde Pública; em troca se comprometem a prestar assistência integral aos usuários. Os outros provedores públicos recebem seus recursos de leis específicas. O Ministério da Saúde Pública, o órgão regulador da política de saúde, também garante com recursos do Estado a saúde da população indigente. (ARAN; LACA,

2011, p. 266)⁹.

Com a criação do SNIS, é posto em prática o Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), que deve ser seguido por prestadores de saúde públicos e privados. Segundo Giovanella *et al* (2012, p. 737), esse é um “[...] aspecto relevante dado que o sistema opta por um espectro de prestadores misto aos quais o usuário assegurado pode escolher sua afiliação”. É o PIAS que define as diretrizes sobre as modalidades de atenção, os procedimentos terapêuticos, de reabilitação e ambulatoriais, vacinas, atendimento a urgências e emergências, cuidados paliativos e internações. Então, se em um primeiro olhar os prestadores públicos e privados têm as mesmas atribuições, o quê determina a opção do usuário por um ou outro? Segundo um dos entrevistados

[...] o público está muito desprestigiado no Uruguai. Em realidade o ASSE [Administración de los Servicios de Salud del Estado] é o maior prestador que tem no país, porque cobre todo o território nacional, e tem tudo o quê se precise, embora você tenha que esperar de uma semana para outra. E tem todos os benefícios sem pagar: se você tem o carnê de assistência ou de seguridade social [trabalhadores] não paga nada para ser atendido na policlínica, emergência, medicamentos, tomografia. No privado você tem um elenco de procedimentos que o Ministério da Saúde Pública exige a cada prestador – e que o ASSE tem alguns fora desse elenco, e se você precisar de algo que estiver fora disso precisa pagar (Entrevistado 13, 2012).

Na prática, as pessoas que optam por contribuir para sistema privado uruguaio acabam tendo que realizar co-pagamentos para utilizar os serviços que não estão listados no PIAS, acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes, que no sistema ASSE são subvencionados. Não há menção, na política de saúde uruguaia sobre ações e programas especiais para a faixa de fronteira.

⁹ Tradução livre.

CAPÍTULO 4 – CARACTERIZANDO O TERRITÓRIO PESQUISADO

4.1 A REGIÃO FRONTEIRIÇA BRASIL – URUGUAI

Segundo MACHADO (2010, p. 68), a escolha por estudar as cidades-gêmeas possibilita fazer desse território “[...] o ‘centro’, com seus próprios auto-referentes em vez de margem do estado nacional”, e alguns motivos apontados para isso são três suas características: 1 - geopolítica (em que conflitos locais podem ser sublimados a partir de algum nível de interação e cooperação e ajuda mútua, embora muitas vezes essas soluções não tenham respaldo nas normas e leis estabelecidas); 2 - ilegalidade, em que para o território fronteiriço são deslocados os discursos sobre atuação de redes ilegais, reputando a ele o combate à essas redes, como se elas não fossem encontradas em outros locais do país ou esferas da sociedade; 3 - a última característica é o cosmopolitismo, pois embora as cidades-gêmeas sejam minimamente binacionais, elas ainda acolhem pessoas de outros lugares, “[...] que são em parte atraídas pela possibilidade de ser mais um ‘estrangeiro’ em meio a outros[...]” (p. 69), e por contar com uma diversidade maior de gastronomia, arquitetura, cultura que só ambientes cosmopolitas podem oferecer.

Diante de tais características, se faz necessário compor o cenário no qual elas estão inseridas. Na fronteira em questão residem, segundo dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 340.779 gaúchos distribuídos em 11 municípios, ou seja, representa 0,18% dos brasileiros ou ainda 3% dos gaúchos. Em se tratando dos habitantes uruguaios, segundo dados do Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) são 143.503 habitantes distribuídos em cinco Departamentos – Rocha, Treinta y Tres, Cerro Largo, Rivera e Artigas, nos quais estão localizadas as seis cidades gêmeas com o Brasil, que totalizam 4,27% da população daquele país, segundo o Instituto Nacional de Estadística (2011). Na tabela a seguir podemos visualizar a distribuição dessa população de acordo com cada cidade brasileira e intendência uruguaia.

Tabela 2 - População residente na fronteira do Brasil com o Uruguai

Município/Intendência	População Brasil	População Uruguai
Aceguá/Aceguá*	4.394	1.493
Bagé	116.078	-
Barra do Quaraí/Bella Union* ¹⁰	4.010	13.187
Chuí/Chuy*	5.918	10.401
Dom Pedrito	38.519	-
Herval	6.746	-
Jaguarão/Rio Branco*	27.772	13.456
Pedras Altas	2.169	-
Quaraí/Artigas*	22.959	41.687
Santana do Livramento/Rivera*	81.964	64.426
Santa Vitória do Palmar	30.250	-
Total	340.779	144.650

* Cidades-gêmeas

Fontes: IBGE (2010) e INE (2004).

Ainda quanto ao quesito populacional, é interessante analisar que esta população fronteiriça tem como característica a mobilidade. Segundo o Governo do Estado do Rio Grande do Sul (2012), isso se deve à migração para regiões que apresentam uma economia mais dinâmica, como a Serra e a região metropolitana de Porto Alegre. O próximo gráfico demonstra a flutuação das cidades-gêmeas nos últimos dois Censos realizados no Brasil e no Uruguai

¹⁰ Embora Barra do Quaraí se trate de uma Trílice Fronteira, fazendo divisa com Bella Unión no Uruguai e Monte Caseros, na Argentina, o foco da pesquisa se dará nas tratativas entre as duas primeiras cidades.

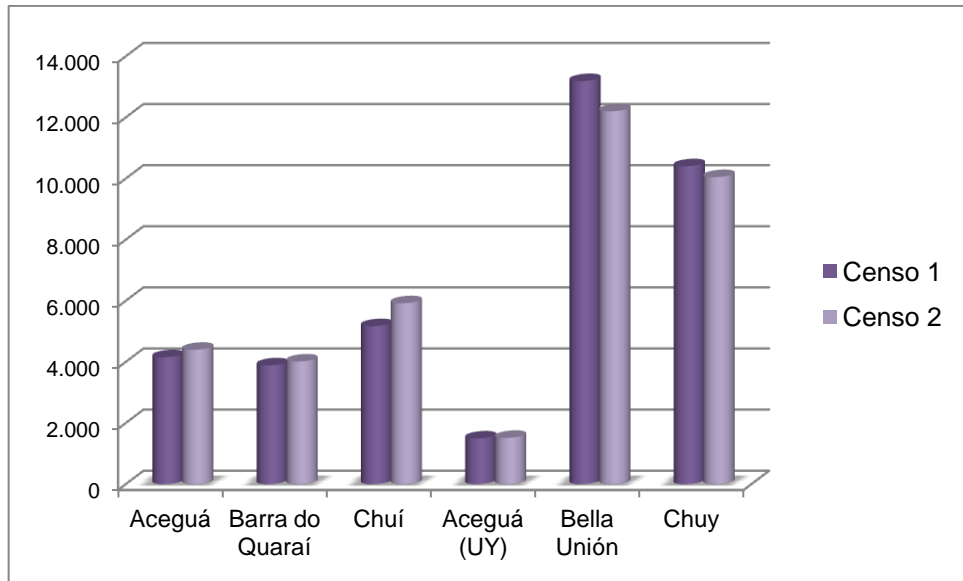


Figura 6 - Flutuação da população fronteiriça nos municípios pesquisados, de acordo com os últimos Censos realizados¹¹

Fontes: IBGE e INE. Elaborado pela autora.

Chama a atenção o crescimento da população verificado em Chuí. De acordo com a pesquisa, essa flutuação de 751 pessoas a mais, ou 14,53%, ocorreu devido ao fato do Censo anterior ter sido realizado em um período de grande instabilidade econômica, em que a cotação do dólar estava alta, causando desemprego da população, que buscou oportunidades em outros municípios. Quanto ao fenômeno da diminuição da população uruguaia, à época da pesquisa de campo os dados de 2011 não estavam disponíveis, portanto não foi possível arguir os entrevistados sobre esta questão.

A região sul do Rio Grande do Sul – onde estão localizados os municípios pesquisados, conta com baixa densidade populacional rural, malha viária bem estruturada, economia calcada no tripé bovinocultura de corte, ovinocultura e rizicultura (PEITER, 2005), embora nos últimos anos a silvicultura e viticultura tenham avançado na região. É caracterizada ainda, por baixo e médio Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), que é obtido através da análise dos índices de condição de saneamento e domicílio, educação, saúde e renda (FEE, 2009).

Do lado uruguaio da fronteira, a principal fonte econômica são a pecuária extensiva, o cultivo de arroz, fruticultura e silvicultura; no setor do comércio o que

¹¹ Os dados do Censo 1 se referem aos realizados no Brasil e Uruguai nos anos de 2000 e 2004, já os do Censo 2 aos que ocorreram em cada país respectivamente em 2010 e 2011.

movimenta as cidades gêmeas de Rio Branco, Aceguá, Artigas, Rivera e Chuy é o turismo de compras proporcionado pela instalação de *freeshops*. Ou seja, “apesar de não contarem com os setores que geram os maiores valores no total da produção nacional, contam com categorias fundamentais na composição da economia regional” (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012, p. 38).

4.2 OS MUNICÍPIOS E INTENDÊNCIAS – ASPECTOS SÓCIO-SANITÁRIOS

Como já foi abordado anteriormente, a política de saúde é descentralizada, então nada mais coerente que se descrever um pouco sobre como são esses municípios, pois

No que se refere à operacionalização da política social, torna-se fundamental resgatar o município por ser o nível da administração pública mais próxima do cidadão. O município é o *locus* de referência da dinâmica social, de demandas, no levantamento dos problemas, no planejamento e na implementação das ações. É um espaço onde os sujeitos sociais se relacionam, produzem e reproduzem as relações sociais (PREUSS, 2007, p. 56-57).

4.2.1 Aceguá/Aceguá

Cabe aqui inicialmente fazer menção aos “Aceguás” de acordo como a população local se refere: ao “lado brasileiro” e ao “lado uruguaio” não apenas por terem o mesmo nome, mas também por serem delimitados espacialmente por uma fronteira seca, em que se atravessa de um lado para outro sem dificuldade.

Aceguá notabilizou-se por ser há mais de dois séculos “El Camiño de Los Quileros” (contrabandistas castelhanos e portugueses, que circulavam com mercadorias em lombo de cavalos, conforme as demandas de cada um dos mercados da banda Ocidental e Oriental da fronteira). O primeiro relato histórico remonta ao ano 1660, quando os espanhóis vindos da banda Oriental penetraram na serra de Aceguá, e fundaram a redução de Santo André do Guenoas em 1683 (BARUM, CENTENO, BARUM, 2010, p. 11).

O Aceguá brasileiro é um município localizado no Bioma Pampa, que foi desmembrado da cidade de Bagé em 1996, porém a estrutura administrativa iniciou as atividades em 2001. Está dividido em quatro distritos: Sede, Rio Negro, Colônia Nova e Minuano, que ocupam uma área de 1.549,383 km², e sua população de

4.394 habitantes – a maior parte (75,89%) domiciliada na zona rural - é composta por estancieiros, fazendeiros, “gaúchos”¹², quilombolas, agricultores assentados - oriundos de várias regiões do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, e imigrantes alemães luteranos e menonitas

A chegada da colonização Mennonita brasileira, em Bagé, ocorreu pelo interesse despertado por um artigo escrito por Georg Fuchs, na década de 40, que referenciava o avanço da triticultura no extremo sul do Rio Grande do Sul, fronteira com o Uruguai, área própria para o plantio do trigo. (LUNELLI, 2001, p. 45-46).

Já o lado uruguaio conta com uma população de 1.511 pessoas, e embora seja tida como cidade-gêmea, não é uma cidade: foi elevado de *Pueblo a Villa*¹³, através da Lei 15.810 de 1986 (INE, 2010). Na esfera administrativa conta com uma Junta Local encabeçada por um Encarregado, que se reporta e replica as decisões tomadas pela Junta Departamental de Cerro Largo, em nível local. Em suas sessões são discutidos assuntos variados que tocam as *villas e pueblos*, como o caso da evasão de crianças uruguaias para escolas brasileiras: “[...] seguimos perdendo identidade, já que quando começam seus primeiros passos em escolas brasileiras raramente retornam ao Uruguai, em seguida continuam nas diferentes opções de estudo que lhes oferece o país irmão” (JUNTA DEPARTAMENTAL DE CERRO LARGO, 2012).

A história do Aceguá brasileiro se confunde com o Aceguá uruguaio. De acordo com Silva (2009, p. 59), no início do século XX, com a mecanização agrícola, os trabalhadores das estâncias foram impelidos a se organizarem em núcleos habitacionais, e para atendê-los “[...] iam se estabelecendo na sede do município os comerciantes, afastados dos territórios das grandes propriedades, conformando-se como um centro cuja função era fornecer produtos e serviços”. Aljanati *et al* (1970a, p. 31), destaca que a localização de Aceguá – no meio do caminho para a cidade de Bagé no Brasil e para a capital do Departamento de Cerro Largo, no Uruguai “[...] enfatiza sua característica vinculada ao controle aduaneiro. Ela cria condições propícias para a aparição de centros de atenção a viajantes, comércio, etc”.

¹² Segundo Silva (2009), antes de “gaúcho” ser utilizado como gentílico para todos do Rio Grande do Sul, o termo estava associado aos trabalhadores da pecuária em estâncias do Pampa, ou também como sinônimo de marginal.

¹³ A denominação de um lugar como *Pueblo*, *Villa* ou *Ciudad* remontam ao período colonial, e não existem normas ou critérios que atribuam determinadas características entre uma ou outra categoria.

A vocação para comércio (ainda que informal) seguiu com o passar dos anos muito forte do lado brasileiro com afluxo de uruguaios, porém por conta do câmbio desfavorável – peso uruguaio desvalorizado, o território entrou em decadência econômica, ressurgindo a figura do *quillero*¹⁴. A partir de 2007 o cenário se inverteu: com a instalação de *freeshops* do lado uruguaio, ele passa a ter o protagonismo econômico frente ao seu par brasileiro, embora o setor de serviços que oferece suporte (hotel, restaurantes), esteja do lado de cá (El País, 2008).



Figura 7 - Avenida Internacional Aceguá (UY) - Aceguá (BR)

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Em termos de infraestrutura em saúde, o lado uruguaio conta com uma policlínica (ligada a ASSE), e uma unidade de atendimento da Cooperativa Assistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL), que é privada. Já no Brasil, há um posto de saúde na sede do município, uma unidade móvel de saúde que atende no

¹⁴ O *quillero* é um pequeno contrabandista, que leva mantimentos (café, açúcar, refrigerante) e outros gêneros para o Uruguai. Como os levam geralmente em pouca quantidade e várias vezes ao dia, daí a alcunha fazendo referência ao quilo. Em Aceguá é frequente visualizar os *quilleros* que levam gás de cozinha até Melo, pois é um pouco mais barato que no Uruguai e por vezes é um quesito que carece de abastecimento. Um filme que retrata bem a figura dos *quilleros* e a região de Aceguá é O Banheiro do Papa” (El baño del Papa), 2007.

interior do município principalmente as especialidades de odontologia e ginecologia, além de um hospital localizado na Colônia Nova, zona rural, que foi construído na década de 1970 pelos imigrantes com auxílio do governo alemão, e atende em sua maioria usuários do SUS. Embora o município se mantenha ao nível de atenção básica em saúde, de acordo com os entrevistados esse hospital consegue resolver boa parte dos problemas da população, realizando inclusive cirurgias. Para demonstrar como estão dispostos os serviços de saúde espacialmente (incluindo a principal referência, que fica no município de Bagé) os localizamos no mapa a seguir

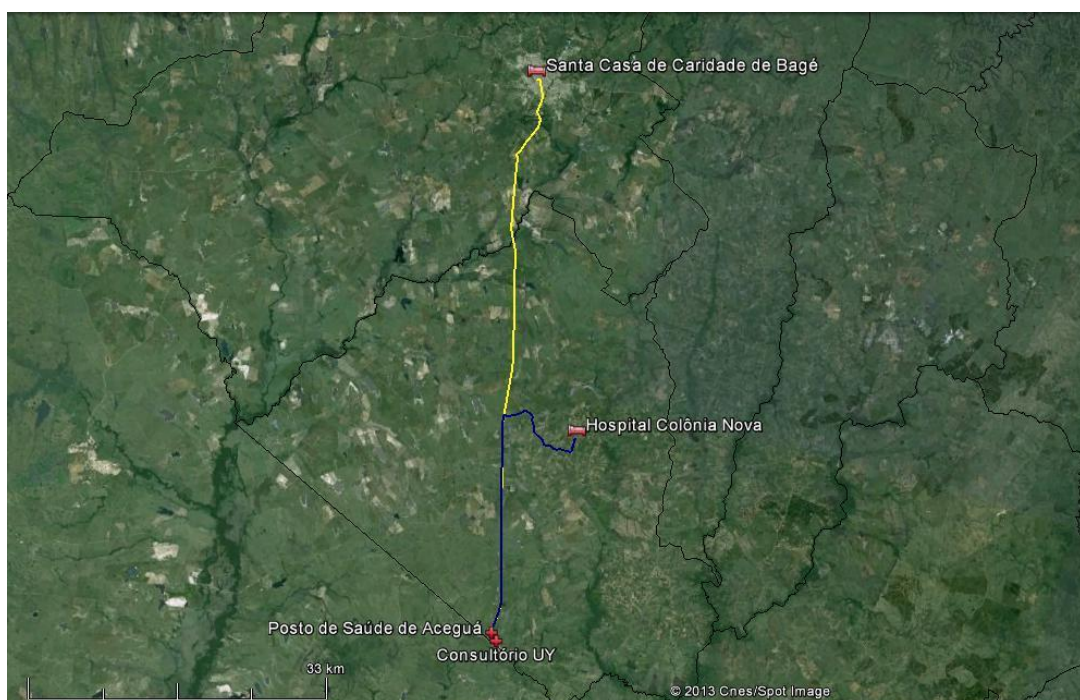


Figura 8 - Distribuição espacial atendimento em saúde na região de Aceguá/Aceguá
 Fonte: Google Maps, 2013. Elaborado pela autora.

Segundo a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007a), o atendimento a brasileiros no Uruguai ocorria caso pagassem a CAMCEL, mas também foram relatados casos de gratuidade – embora não se especificasse quais os critérios para esse atendimento; já os estrangeiros residentes no Brasil eram atendidos pelo PSF, sendo observado que não havia distinção de nacionalidade quando o tema era vacinação. Na ocasião da pesquisa de campo ocorreram duas situações que desaguam no mesmo rio chamado financiamento da saúde: a percepção de que o sistema uruguaio não tem lastro para atendimento a brasileiros, e o reconhecimento de que fornecer o acesso a saúde é universal, mas esbarra na burocracia e no custeio das ações.

Aqui também houve a criação de Comitê de Fronteira em 1996, que foi instalado no ano seguinte. Porém, como um Aceguá estava vinculado a Melo e o outro a Bagé, “Distantes cerca de 60 quilômetros da fronteira, os problemas vislumbrados por essas cidades eram, em muitos aspectos, diferentes dos problemas ali apresentados” (AVEIRO, 2006, p. 103), tendo seu diálogo intensificado a partir de 2001, quando da instalação da sede do Aceguá brasileiro, favorecendo o diálogo local sobre cooperação. Sobre as ações em saúde que possam ser realizadas em conjunto estão as ligadas a prevenção de doenças, como a AIDS e a dengue.

Há passado alguns meses e se aproxima o verão, as moscas e os mosquitos e os aromas que não são os perfumes que são vendidos nos freeshops da zona. [...] nos dá uma sã inveja, quando cruzamos a linha divisória e vemos no Aceguá brasileiro ruas arranjadas, problemas de drenagem resolvidos, iluminação suficiente, etc. Lembro-me que Aceguá continua projetando para um futuro muito promissor, mas precisa da boa vontade do governo, que antes do verão, os moradores possam respirar tranquilos sem doenças os ameaçando, sem insetos, sem odor e que se possa sentar em suas calçadas para tomar um mate e suas crianças podem brincar em segurança, sem os perigos já mencionados (JUNTA DEPARTAMENTAL DE CERRO LARGO, 2011, p. 3).

Quanto a dengue, foi referido que a equipe de vigilância epidemiológica teria entrada autorizada no Uruguai para o próximo verão com o intuito de realizar a dedetização e minorar os riscos de proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*.

Sobre a participação nos espaços de discussão sobre fronteira, especialmente os que tratam de saúde, ficou evidente na pesquisa que fica restrito a gestores, e às vezes ao legislativo, como o caso referido de uma reunião sobre políticas sociais na fronteira convocada pelos cônsules, ocorrida em 13 de abril de 2011, na qual o a Junta Departamental de Cerro Largo foi convidada a participar, mas não sabiam exatamente a pauta, deixando claro que buscariam informações junto aos cônsules e MIDES quanto a novas reuniões (JUNTA DEPARTAMENTAL DE CERRO LARGO, 2011, p. 12). O desconhecimento quanto aos trâmites do convênio para realização do saneamento integrado também foi alvo de críticas, pois a Junta foi convidada a participar do Comitê Binacional de Intendentes quando o projeto estava em andamento. Essas lacunas acabaram por fortalecer a solicitação de que seja montada uma *Alcaldía* – prefeitura, no Aceguá uruguaio “[...] porque há um sem fim de temas em nossa fronteira e não temos representantes nos lugares

em que os estão precisando” (JUNTA DEPARTAMENTAL DE CERRO LARGO, 2012, p. 7).

4.2.2 Barra do Quaraí/Bella Unión

Sua origem se deu em 1814, com a instalação de uma Guarda Portuguesa de Fronteira, no intuito de defesa do território perante investidas espanholas. Sua principal atividade econômica nos primórdios era o beneficiamento da carne de gado, então abundante na região, através dos saladeiros, tendo seu declínio com o advento dos frigoríficos. Barra do Quaraí foi distrito de Uruguiana de sua criação (1892) até 1995, quando foi emancipado e teve sua sede instalada em 1997, embora em dois plebiscitos anteriores (1985 e 1991) houvessem tentado seu desmembramento (RODRIGUES, 2005). Seus 4.010 habitantes estão distribuídos por quatro distritos: Barra do Quaraí, Francisco Borges, Guterrez e Passo Cruz, sendo que 29,28% deles moram na zona rural (IBGE, 2010). A principal atividade econômica provém do setor agrícola, com produção orizícola, e na sede, o comércio. Durante a pesquisa de campo chamou a atenção o número de mercados (que a exemplo de Aceguá abasteciam as casas uruguaias), lojas de vendas de bebidas e vários pontos comerciais abandonados, ainda que situados na avenida principal da cidade.

Sua congênera foi fundada em 1829 com o nome de Santa Rosa del Cuareim por Fructuoso Rivera e índios guaranis refugiados das Missões, e em 1929 passou a chamar-se Bella Unión (ALJANATI, 1970a), sendo alçada a município do Departamento de Artigas em 2009, tendo sua primeira eleição municipal em 2010. Atualmente tem o triplo de habitantes que Barra do Quaraí – 12.200 pessoas (INE, 2011), e sua principal atividade econômica é o cultivo de cana-de-açúcar e arroz, sendo encontradas também atividades como vitivinicultura, apicultura e cultivo de hortaliças (ARTIGAS, 2012). Estão instalados na cidade quatro *freeshops* e vários comércios.

Apesar de formarem uma Tríplice Fronteira, juntamente com o município de Monte Caseros, na Argentina, o transporte desta até Bella Unión se dá por via fluvial pelo Rio Uruguai, através de lanchas¹⁵. A ligação entre as Barra e Bella Unión se

¹⁵ À época da pesquisa estava em tratativa entre os governos da Argentina e do Uruguai a construção de uma ponte para ligação de Monte Caseros a Bella Unión.

deu pela construção de uma ponte ferroviária construída em aço sobre o Rio Quaraí, inaugurada em 1915, e que se estendia até Montevidéu. Em 1952 a ponte passou por alterações que permitiram o tráfego rodoferroviário; a ponte rodoviária que veremos a seguir foi construída em 1976 (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ, 2012).



Figura 9 - Pontes entre Barra do Quaraí e Bella Unión
Fonte: Elaborada pela autora, 2012.

À direita da foto podemos visualizar a ponte de ferro, e na ponte rodoviária trafega um ônibus amarelo, “El Norteño”, que cumpre com o itinerário entre as duas cidades, a exemplo de outros municípios como Foz do Iguaçu (BR) x Cidade del Este (PY), Artigas (UY) x Quaraí (BR), Paso de los Libres (AR) x Uruguaiana (BR), Santo Tomé (AR) x São Borja (BR) e Puerto Suarez (BO) x Corumbá (BR) (AGENCIA NACIONAL DE TRANSPORTES TERRESTRES, 2013).

Quando da implantação do Comitê de Fronteira, em 1997, o principal problema a ser “[...] enfrentado por Bella Unión e Barra do Quaraí é a falta de assistência médico-hospitalar, bem como de combate a doenças e de campanhas conjuntas de vacinação” (AVEIRO, 2006, p. 104).

No que tange o atendimento à saúde, Barra do Quaraí proporciona atenção básica aos seus habitantes (casos de maior complexidade são encaminhados para Uruguaiana), e conta com um Centro de Saúde que abriga uma equipe do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), enfermeiros, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo e quatro médicos contratados através de uma cooperativa. Bella Unión conta com um Hospital de atendimento exclusivo ASSE com bloco cirúrgico, 40 leitos e 40 médicos que atuam em 24 especialidades médicas (neurologia, psiquiatria, anestesia, cardiologia, oftalmologia, otorrino, endocrinologia, dermatologia, traumatologia, dentre outras). Na cidade também atua a Cooperativa Médica de Artigas (GREMEDA). Como já exposto, o hospital sempre atendeu aos brasileiros de Barra, e ainda atendimentos a partos, que não estão cobertos pelo convênio firmado em 2011 entre a Prefeitura da Barra do Chuí e o Hospital de Bella Unión. O reconhecimento da cidade vizinha como alternativa aos cuidados em saúde da população fica evidente quando se refere à caracterização da saúde municipal, Rodrigues elenca “[...] duas ambulâncias equipadas para a remoção de pacientes para Uruguaiana e Bella Unión” (2005, p. 27). A seguir temos um mapa que demonstra a distância a ser percorrida em casos de urgência/emergência

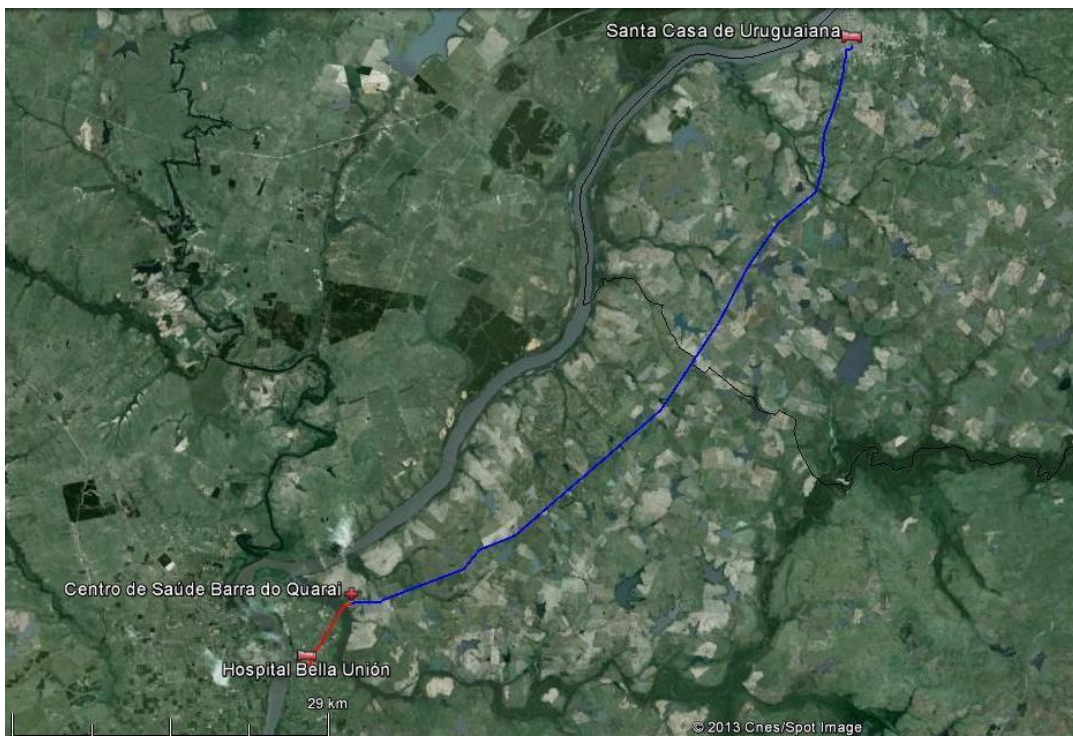


Figura 10 - Trajeto do Centro de Saúde de Barra do Quaraí para Santa Casa de Uruguaiana e para Hospital de Bella Unión

Fonte: Google Maps, 2013. Elaborado pela autora.

Analisando as distâncias percorridas entre o Centro de Saúde barrense e sua referência – a Santa Casa de Uruguaiana, fica evidente que nem sempre o atendimento pelo hospital uruguaio se dá por opção, e sim por necessidade. Por ter uma infraestrutura menor, não foi referido o fluxo de uruguaios para atendimento em Barra do Quaraí. Sobre atendimentos no Uruguai, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008), revelou que 85% dos seus entrevistados já haviam recebido atendimento em Bella Unión

Em relação ao motivo da procura de atendimento no outro lado da fronteira no Brasil, 33% relataram que foram encaminhados, 33% foram à procura de especialista e os demais (8,3%) porque já se tratavam no país vizinho há tempo. Outros motivos foram: não ter medicação específica no município (8,3%), não ter equipamento (8,3%) e incompatibilidade de horário (8,3%) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2008, p. 72).

Em se tratando de cooperação em outros temas na área de saúde, a *expertise* do Brasil em bancos de leite¹⁶, e HIV/AIDS foram mencionadas quanto a iniciativas já existentes. Novas possibilidades como a ampliação do convênio firmado para atendimento em áreas que não urgência/emergência.

4.2.3 Chuí/Chuy

O Chuí é o município mais austral do Brasil, conta com 5.918 habitantes (IBGE, 2010), que por conta das grandes extensões de terra destinadas ao cultivo mecanizado de arroz tem apenas 4,5% de sua população na área rural. Foi desmembrado de Santa Vitória do Palmar em 1995, e assim como Aceguá e Barra do Quaraí, sua vocação comercial era prestigiada pelos uruguaios

A cidade de Chuy, localizada na fronteira com a mesma brasileira, ao longo da rodovia que nos une ao país do norte, é a entrada principal para o nosso país do turismo brasileiro. [...] A característica marcante desta cidade é a rua principal que corre ao longo da fronteira, onde está localizada a grande maioria das casas comerciais. Do lado brasileiro há praticamente um comércio ao lado do outro, todos muito bem equipados com as mercadorias mais vantajosas ao comprador uruguaio (ALJANATI *et al*, 1970c, p. 44).

¹⁶ O referido banco atende a quem esteja vinculado ao sistema público ou privado, e foi inaugurado em novembro de 2012 (ASSE, 2012).

Assim como suas congêneres, sua população vislumbrou o auge e a decadência econômica por conta das variações cambiais. O Chuí substituiu então alguns comércios que eram direcionados para uruguaios (lojas de roupas e supermercados), por uma infraestrutura de serviços que oferece suporte aos inúmeros turistas que vão ao Chuy veranejar na praia (é a única cidade-gêmea que tem saída para o mar), visitar o Forte de São Miguel (1737) e a Fortaleza de Santa Tereza (1762), construções erguidas durante a disputa pelo território entre portugueses e espanhóis, e realizar compras em seus variados *freeshops*, dispostos majoritariamente na Avenida que faz limite com o Brasil, e que pode ser vista na próxima foto



Figura 11 – Avenida principal Chuí-Chuy

Fonte: Elaborada pela autora, 2012.

O lado esquerdo ao monumento de Artigas é o Chuí, o lado direito, com mais carros e lojas, é o Chuy. Segundo os entrevistados, antes do surgimento dos *freeshops* – fomentados na década de 1990 – o foco era a cidade vizinha. Espelhado no desenvolvimento econômico das cidades uruguaias de Chuy, Rivera e Rio Branco, em 2009 o deputado federal gaúcho Marco Maia solicitou uma ementa

ao Decreto-Lei nº 1.455, de 7 de abril de 1976, que dispõe entre outros assuntos, sobre instalação de lojas francas em municípios da faixa de fronteira, autorizando a criação desses estabelecimentos nas cidades gêmeas brasileiras. Tal autorização foi dada através da sanção da Lei nº 12.723, de 9 de outubro de 2012. Como a pesquisa de campo foi realizada nesse período, os entrevistados se referiram às possíveis vantagens que essas lojas possam oferecer ao desenvolvimento econômico, apesar de os brasileiros – tidos como a população com maior poder aquisitivo - não poderem realizar compras nesses estabelecimentos.

De acordo com dados obtidos junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES, 2012) o município brasileiro dispõe de um centro de saúde com enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionista, psicólogos, odontólogos, e mantém um convênio com uma cooperativa que disponibiliza médicos, devido a dificuldade de contratação desses profissionais – ao todo são 18 médicos (pediatria, ginecologia e clínica geral), a maioria com 4 horas carga horária semanal. Quanto ao acesso da população, ele “atende brasileiros e uruguaios que vivem no Brasil” (Entrevistado 11, 2012). O Chuy tem uma população de 10.045 habitantes, foi alçado a município há três anos, conta com um hospital que atende ASSE, e também prestadores privados como a Cooperativa de Médicos de Rocha (COMERO). Ao hospital estão vinculados 47 médicos de diversas especialidades: ginecologia, pediatria, neurologia, ortopedia, entre outras.

Embora no Brasil não se tenha obtido relatos de que brasileiros fossem atendidos no Hospital do Chuy, nossos vizinhos mantêm um controle de frequência desses pacientes: entre junho e agosto de 2012, somavam-se 270 atendimentos, média de 90/mês. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007b) também aponta que durante pesquisa realizada no município, 40,1% dos entrevistados buscaram atendimento no Chuy. Segundo Aveiro (2006, p. 96), a conclusão do Hospital do Chuy foi tratada no Comitê de Fronteira em 1990, que atendia “[...] aos cidadãos dos dois lados da fronteira, de forma gratuita e indistinta”, quando Chuí ainda era um distrito de Santa Vitória do Palmar. No mapa a seguir está demonstrada as distâncias do Centro de Saúde do Chuí para seu hospital de referência – Santa Casa, em Santa Vitória, e do Hospital do Chuy

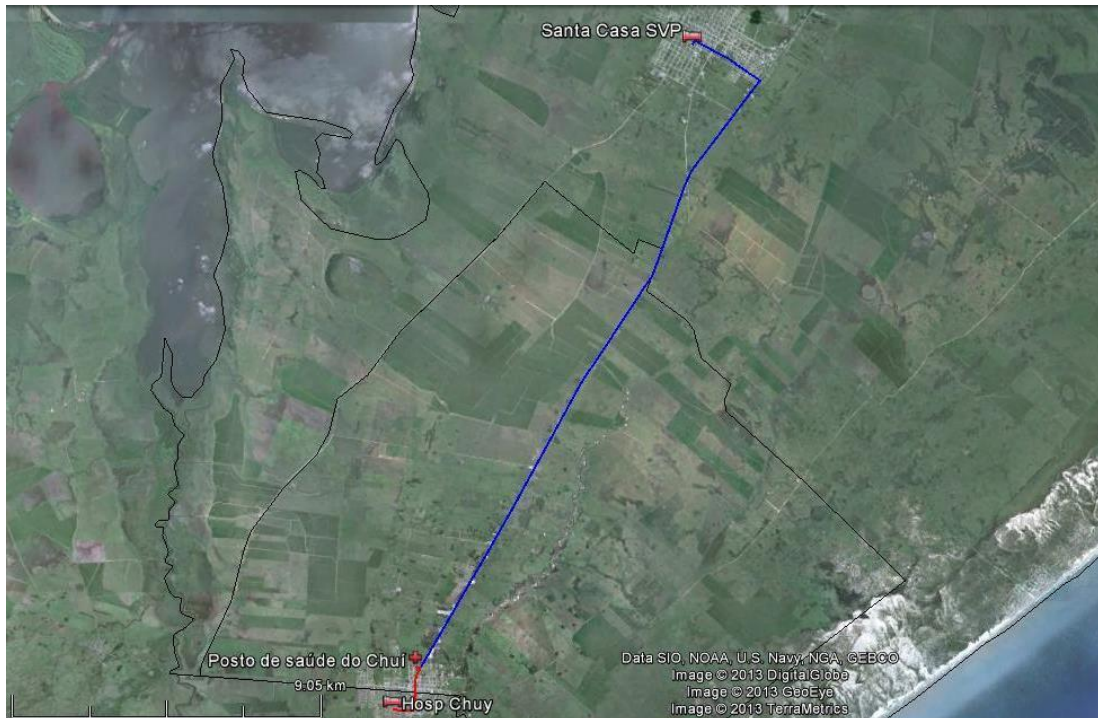


Figura 12 - Distância do Chuí para os hospitais mais próximos

Fonte: Google Maps, 2013. Elaborado pela autora.

Ainda quanto a Comitê de Fronteira no que se refere à área de saúde, segundo Aveiro (2006), os temas recorrentes nas reuniões que ocorreram nos anos de 1990/1991 tratavam sobre melhoria do atendimento no Hospital, contratação de médicos tanto do Uruguai como do Brasil, e custeio de material e infraestrutura hospitalar. Depois desse período as reuniões ficaram espaçadas, até que com a Nova Agenda o tema voltou a ser debatido. Em 2007 os integrantes da Comissão de Saúde do Comitê de Fronteira (Secretarias de Saúde de Chuy, Santa Vitória do Palmar, Hospital do Chuy e COMERO), ao analisar a situação das duas cidades fizeram um diagnóstico da situação local, em que pontuaram ser o principal problema a falta de marco regulatório para que haja cooperação em saúde, se tratando da contratação de médicos e enfermeiros, seguro para ambulâncias e profissionais que nela prestarem serviço, intercâmbio de procedimentos (odontológicos, diálises, cirurgias, exames), campanhas de vacinação conjuntas. Somaram a esses, outro problema: o Documento fronteiriço¹⁷, pois ele tem valor elevado, não é simples de ser feito, e ainda não é reconhecido por ambos os países.

¹⁷ Esse documento certifica que uma pessoa mora na fronteira e que está autorizada “a exercer os direitos previstos neste Acordo [permissão de residência, estudo e trabalho]”. Para sua concessão a pessoa deve apresentar documento de identidade emitido em país, comprovante de residência na fronteira, antecedentes criminais relativos aos últimos cinco anos, fotografia e pagamento de taxa para emissão.

Exemplificaram isso pela impossibilidade de utilizarem o Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE) e terem acesso ao Banco de Previsión Social (BPS)¹⁸, pois os sistemas de informática que realizam o cadastramento não aceitam sua numeração (MIDES, 2007).

Sobre uma possível cooperação em saúde, durante a pesquisa de campo os principais temas abordados foram contratação de médicos uruguaios pelo Brasil e troca de serviços como exames diagnósticos por imagem (ecografias, tomografias) por atendimentos na área odontológica – ou seja, nada muito diferente de alguns anos atrás. Quanto a cooperação formal, há anos os dois municípios procuram implementar um Centro Regional de Hemodiálises, no Chuy, tendo inclusive uma Comissão Binacional específica constituída em outubro de 2011 para tratar deste tema, pois os pacientes brasileiros com insuficiência renal crônica tem de percorrer 245km até Pelotas e os uruguaios 130km até Rocha, três vezes por semana para obter tratamento.

O Centro seria encampado pela COMERO, que já teria inclusive adquirido terreno para iniciar sua construção. Seu funcionamento se daria com 11 máquinas em funcionamento e 3 para eventuais substituições, às segundas, quartas e sextas-feiras, contando com enfermeiros e pessoal treinado e médicos que se deslocariam de Rocha para acompanhar os procedimentos. Quanto ao financiamento, seria coberto pelo Fondo Nacional de Recursos, e atenderia a pacientes vinculados a ASSE e Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC) (COMISIÓN BINACIONAL PRÓ CENTRO REGIONAL DE HEMODIÁLISIS PARA CHUY, 2011). Sobre o custeio para atendimento a brasileiros ainda não está definido, pois segundo os entrevistados o que emperra as negociações é encontrar a forma de pagar pelos procedimentos

O Uruguai se propôs a fazer o centro de hemodiálise, e o Brasil pagaria o uso pelos brasileiros através do SUS. Nós ficamos de ver a possibilidade do SUS pagar para uma empresa do lado uruaio – não sabemos como isso será feito legalmente (Entrevistado 11, 2012).

Segundo dados da Comissão, 37 pacientes de Chuí, Chuy, Santa Vitória do Palmar, Lascano de Cebolattí seriam beneficiados pelo Centro. A viagem para os serviços de referência, além de serem longas (o trajeto Chuy-Rocha-Chuy mais o

¹⁸ Equivale ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) brasileiro.

tempo de tratamento dura cerca de dez horas) e cansativas para os pacientes que já estão debilitados preocupam também por conta dos acidentes de trânsito¹⁹ que ocorrem com os veículos que os transportam. Outro inconveniente assinalado é o desemprego por conta da impossibilidade destas pessoas trabalharem, pois são em sua maioria relativamente jovens que acabam dependendo de seus pais aposentados, filhos ou esposas/maridos para viver (JUNTA DEPARTAMENTAL DE ROCHA, 2010).

Quanto aos espaços de discussão sobre fronteira, um relato sintetiza as várias opiniões ali colhidas sobre os entraves no processo de cooperação “[...] o problema é que tem muita gente discutindo fronteira, mas não sabe o que é fronteira, não sabe o que é conviver na fronteira [...]” (Entrevistado 11, 2012), referindo-se às leis que deveriam ser flexibilizadas neste território de convívio comum. Outros pontos apresentados é a legislação que rege cada um dos países que são diferentes e não têm uma harmonização; e a não observância dos acordos que são realizados entre si (Entrevistado 08, 2012).

Sobre a participação das pessoas – talvez pelo caráter urbano das cidades - nas reuniões que antecedem a RAN, vários entrevistados disseram que há o engajamento não apenas de gestores e cónsules, mas ONG, Rotary, *Clube de Leones*, por isso as reuniões dos GTs são feitas separadamente, para terem um melhor encaminhamento das propostas.

¹⁹ Em 2008 um grave acidente entre um ônibus da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Vitória do Palmar e um caminhão resultou na morte de 7 pessoas e 20 feridos. Eles estavam a caminho de Pelotas e Rio Grande para realizar tratamentos de saúde. Entrevistados uruguaios relataram a ocorrência de acidentes no trajeto a Rocha.

CAPÍTULO 5 – DIREITO À SAÚDE NAS FRONTEIRAS E INICIATIVAS SOBRE O TEMA

5.1 O DIREITO A SAÚDE NA FRONTEIRA

Como vimos, a forma de ingresso da população nos sistemas de saúde são diferentes, porém ambos os países lançaram mão de cartilhas sobre direitos e deveres de seus usuários, com conteúdos muito semelhantes – resguardadas as especificidades de cada um - garantindo que a população seja atendida de forma humanizada, receba informação adequada quanto a rede de atendimento e programas de saúde, solicitando que os mesmos prestem informações quanto ao seu estado de saúde, e tenham assento em conselhos deliberativos (BRASIL, 2006; URUGUAI, 2010). O que as difere, *grosso modo*, é que na cartilha uruguaia ficam estabelecidos prazos máximos para consultas básicas, especializadas e procedimentos cirúrgicos.

Estudos anteriores (NOGUEIRA, DAL PRÁ, 2006; GALLO, COSTA e MORAES, 2004; GIOVANELLA *et al*, 2007) demonstram que, quando o acesso à saúde no país de origem se mostra ineficaz ou inacessível, a população tende a buscar atendimento onde o mesmo possa ser resolutivo, não importando em qual parte do território ele seja oferecido. Por vezes, uruguaios são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e vice-versa, causando uma demanda extra que sobrecarrega os sistemas municipais, pois os recursos financeiros destinados à atenção básica são realizados, atualmente, de acordo com a população estimada em cada cidade.

Aspectos relacionados ao direito a saúde foram abordados por Dal Prá, Mendes e Miotto (2007), em artigo que trata do direito à saúde na fronteira do MERCOSUL, em que corroboram com a afirmação de que o fluxo em busca de atendimento em saúde no Brasil, por parte dos países-membro acarreta problemas de ordem financeira e de recursos humanos para os municípios fronteiriços. Ainda é interessante observar que na linha da fronteira o direito ao atendimento em saúde é muito vinculado à seguridade social, em que os mais pobres, que não contribuem “com o Sistema, não têm o *status* de cidadão” (NOGUEIRA, DAL PRÁ e FERMIANO, 2007, p. 232).

Nós temos mais ou menos mil pessoas uruguaias – que na realidade são brasileiras, mas que moram no Uruguai, e nós atendemos na nossa unidade básica aqui. Por quê isso? Porque tem muitos brasileiros que trabalham, tem propriedade do lado de lá, e ainda não tem a dupla nacionalidade. Então eles ficam brasileiros, só nós temos o fator negativo que o IBGE, no cadastramento, eles não são computados, pois eles não moram no Brasil. Então nós atendemos hoje em torno mil pacientes que são nossos, mas não recebemos por eles, pois eles não moram aqui. Os uruguaios vêm pra cá, vem uns quantos, mas não é rotina, pois eles vêm, mas se realmente é uruguaio, ele tem que pagar não é atendido pelo SUS. Então grande parte dos uruguaios que nós atendemos aqui são só no ambulatório. Nós temos grupos da terceira idade, que muitos são uruguaios... ou que recebem medicação gratuita do governo federal, e eles moram lá, e recebem a nossa medicação porque têm documento brasileiro também, embora com o Cartão SUS tenha ficado mais difícil (Entrevistado 19, 2012).

Quanto ao atendimento aos brasileiros, por parte do Uruguai

Os brasileiros casados com uruguaias, ou que têm documentação uruguaia, podem fazer um cartão de assistência, que lhe permite o acesso aos serviços, em todos os níveis. Atendemos muitos brasileiros na emergência, psiquiatra, pediatria, médico geral. Se vem alguém que é essencialmente brasileiro, com documentação brasileira, que não tenha familiares aqui, dependendo a condição do paciente, se é algo grave, chamamos a ambulância do posto para levá-lo [...](Entrevistado 13, 2012).

Ou seja, embora o tema saúde esteja contemplado na segunda geração de direitos humanos, que prima pela “ideia de uma igualdade meramente formal para atingir a igualdade material ou real” (FURTADO, MENDES, 2008, p. 6973), por vezes esse direito acaba sendo negado, de acordo com a concepção de saúde dos gestores ou limites impostos pela burocracia.

5.2 A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO ESTUDADA

Mas de onde, em que período histórico surge este sentimento de reciprocidade entre dois povos, em que não têm ao menos um idioma em comum, que supostamente favoreceria sua interação? Simões (2012) observa que este fato ocorreu a partir de 1909, com a assinatura do Tratado entre o Brasil e o Uruguai modificando as suas fronteiras na Lagoa Mirim e Rio Jaguarão e estabelecendo princípios gerais para o comércio e navegação nessas paragens, que modificou os limites entre os países de forma favorável ao Uruguai. Segundo o autor, quando assinou o referido Tratado, o Barão do Rio Branco lançou as bases para a realização de relações bilaterais: a solidariedade – ajustando disparidades pela via

diplomática, e o pragmatismo, lançando o Brasil como vetor de novas formas de relação com seus vizinhos.

Esse evento foi definidor e estruturante porque gerou as condições de possibilidade de uma nova dinâmica nas diversas dimensões da relação bilateral. De certa forma, sem determinar os rumos que tomaria a cooperação entre os dois países, gerou um sentimento de confiança mútua que passou a presidir o relacionamento não apenas entre os governos nacionais, mas também entre a população e lideranças locais (SIMÕES, 2012, p. 50).

A fronteira do Brasil com o Uruguai segundo Clemente (2010), é praticamente toda povoada e de fácil circulação, sendo possível encontrar dados da interação entre os dois países desde a rivalidade entre Espanha e Portugal durante o período colonial, através dos conflitos ali instaurados pela disputa do território e interações comerciais. Em seu texto ela faz uma revisão do processo histórico da política fronteiriça, identificando que na regionalização da política estão presentes a ausência do Estado e a formação de redes interpessoais de dirigentes políticos e líderes.

Por outro lado, enquanto a fronteira pode ser um fator de integração, na medida que for uma zona de interpenetração mútua e de constante manipulação de estruturas sociais, políticas e culturais distintas, o limite é um fator de separação, pois separa unidades políticas soberanas e permanece como um obstáculo fixo, não importando a presença de certos fatores comuns, físico-geográficos ou culturais (MACHADO, 1998, p. 42).

No que tange a cooperação em nível local, Steiman (2002, p.12) aponta que as regiões de fronteira estão duplamente marginalizadas pelo fato de estarem situadas em regiões muitas vezes isoladas do Estado, e também dos Estados vizinhos por fatores políticos. Ou seja, “[...] sem instituições para instrumentá-la, a cooperação entre países vizinhos em regiões de fronteira tem sido feita informalmente e através de acordos tácitos entre as autoridades locais dos países fronteiriços”.

Há muitos anos que o Hospital fornece à população atendimento de emergência, pois do lado de lá o que há é um posto que não funciona 24 horas, não tem médicos 24 horas, então de alguma maneira se deveria trocar esses serviços, porque muitas vezes os uruguaios também buscam o lado brasileiro para serviços odontológicos e de laboratório. E quando falamos de internação, de serviço de radiologia, de ecografia, de

ginecologistas, e se sabem que temos esse serviço, a população demanda (Entrevistado 13, 2012).

Essa “informalidade” pode ser um reflexo da definição de cooperação transfronteiriça, que é encampada geralmente por autoridades públicas locais que atuam nos diferentes países, mas não são sujeitos de direito internacional, portanto, que não têm um poder de homologação de decisões para problemas que ocorrem em uma ampla gama de campos da vida cotidiana administrativa. Logo, os acordos feitos por essas autoridades têm um caráter “quase jurídico”, segundo Perkmann (2003)²⁰.

A cooperação em matéria de saúde está trancada por esse tema pontual [pagamento de serviços]. Tem que se ter um acordo no qual se defina a forma de fazer, as especificidades... cada uma das cidades gêmeas tem suas especificidades, como por exemplo o quê necessita Quaraí-Artigas não é o mesmo que Artigas-Livramento, ou Aceguá-Aceguá, Chuí-Chuy. Cada realidade é diferente, porém o que visualizamos é que no conjunto da fronteira visualizamos, que em todo lado há um serviço que a outra não tem, e a outra um serviço de que esta necessita. Tem que se fazer um acordo entre autoridades públicas dos dois países dizendo que serviços prestamos e em quê modalidade os pagamos. O grande problema é a forma de pagamento dos serviços, é o grande problema. Os serviços existem, nós sabemos que a gente vai e vem. Mas tem que se ajustar um marco legal para definir em que moeda se paga o serviço, ou se realizaria uma troca: tantas consultas disto por tantas daquilo (Entrevistado 22, 2012).

Quanto aos tipos de interação que podem ser identificados, Oliveira (2005) defende que as relações fronteiriças podem ser caracterizadas pelas relações formais e/ou funcionais, e a partir dessa divisão traça em quatro tipologias de relações, a saber:

Tabela 3 - Tipologia de relações fronteiriças

Tipologia	Fronteiras mortas	Território perigoso	Fronteiras vivas	Fronteiras burocráticas
Relação	Baixa integração <i>Formal com baixa integração funcional</i>	Baixa integração <i>formal com alta integração funcional</i>	Alta integração <i>formal com alta integração funcional</i>	Alta integração <i>formal com baixa integração funcional</i>
	Não mantém nenhum tipo de relação com o	Há um intercâmbio de pessoas, produtos	Estrutura social complexa, [...] em	É o território em que se destacam as ações do

²⁰ Tradução livre.

Características	outro país, sendo essa falta de interação podendo ser ocasionada pela falta de infraestrutura que possa promover a integração.	e serviços que não sofre nenhum tipo de regulamentação, proporcionando todo tipo de ilegalidades.	que os abusos da funcionalidade são, no geral, corrigidos pela imposição de ações de integração <i>formais</i> ; por outro lado, a integração <i>funcional</i> oferece vantagens suficientes para construir uma relação de convivência [...]	Estado e/ou empresas no intuito de incrementar as atividades econômicas. Ou seja, as pessoas interagem somente dentro das relações comerciais estabelecidas.
-----------------	--	---	--	--

Fonte: OLIVEIRA (2005, p. 386-389), adaptado pela autora.

Outros fatores que podem ser determinantes na cooperação entre países são, de acordo com Leresche, Guz (1997), a estrutura de relações centro-periferia em cada um dos sistemas políticos em cooperação, que acaba por refletir o poder discricionário maior ou menor dos atores locais e dos atores centrais, ao mesmo tempo em que traz à tona as diferenças de elementos institucionais e o nível da integração (ou desintegração) regional²¹.

Quanto a cooperação transfronteiriça em saúde, Glinos (2011) afirma ser ainda um conceito abrangente na medida em que trata de transferências, mudanças e trocas entre serviços, recursos e pessoas em países distintos. Pode ser abordada em termos de troca de serviços entre os países, mobilidade de pacientes em busca de tratamentos mais qualificados, proximidade territorial de recursos mais adequados, profissionais que demandam melhores condições de trabalho, trocas em termos de *expertises*, diagnósticos por imagem, testes e missões de estudo e docência. A partir dessas definições, foi possível montar o seguinte quadro demonstrando como estão estabelecidas as relações (ou não) de cooperação em saúde entre os municípios pesquisados.

²¹ Tradução livre.

Tabela 4 - Tipificação da cooperação em saúde nos municípios pesquisados

Áreas de possível cooperação	Aceguá- Aceguá	Barra do Quaraí – Bella Unión	Chuí - Chuy
Transferência de pacientes	Sim	Sim	Não
Mobilidade de profissionais em saúde	Não	Não	Não
Troca de serviços	Sim	Não	Não
Transferências múltiplas	Não	Sim	Não
Transferências envolvendo recursos humanos/ econômicos	Não	Sim	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

Ao refletirem acerca da mobilidade de pacientes, a partir da experiência de cooperação na União Europeia (UE), Rosenmöller *et al* (2006), elencaram algumas recomendações, separadas em cinco áreas, no intuito de melhorar esse tipo de atenção: criar centros de referência e realizar intercâmbio de tecnologias, compartilhamento da capacidade ociosa entre os países; melhorar as informações que devem ser fornecidas aos pacientes, profissionais e fornecedores, com um quadro estratégico para iniciativas de informação sobre questões como as políticas de saúde, sistemas de saúde, vigilância sanitária, soluções tecnológicas, garantia de qualidade, privacidade, gerenciamento de registros, a liberdade de informação e proteção de dados; permitir o acesso a cuidados de boa qualidade; harmonizar os objetivos de saúde do país para com os da UE; e por fim examinar os fundos de coesão da UE no sentido de facilitar a inclusão de investimentos em saúde em áreas prioritárias²².

Na fronteira estudada somente se verificam propostas locais de atenção em saúde de forma cooperada no caso de capacidade ociosa, ou em áreas que em que o país vizinho tenha uma melhor performance, que ainda não tiveram respaldo institucional. Apesar de trabalharem ações conjuntas em saúde (principalmente no controle a dengue e ao HIV/AIDS), os profissionais referiram a necessidade de se ter

²² Tradução livre.

um sistema de informação único para ambos os países, através do qual o monitoramento dessas ações possa ser realizado.

5.1.1 A saúde pautada nos Comitês

Em 1975 Brasil e Uruguai, firmaram um Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica, que em 2003 recebeu um ajuste complementar com vistas à criação de uma Comissão Binacional Assessora de Saúde na fronteira Brasil-Uruguai, com o objetivo de

[...] fortalecer as ações e implementação dos Comitês de Fronteira na área da saúde; promover o levantamento de saúde da população; propor mecanismos para agilizar a troca de informações em saúde; propor estratégias de ação, elaboração e acompanhamento de Planos de Trabalho; implementar programas de treinamento e capacitação de recursos humanos entre ambos os países; assessorar na elaboração e na implementação de Projetos de Cooperação; promover o intercâmbio e a discussão dos Sistemas de Saúde de ambos os países (BRASIL, MRE, 2003, p. 2).

Logo na primeira reunião da Comissão, em março de 2004, os participantes já se referiam à preocupação quanto aos impactos do Acordo para Residência, Estudo e Trabalho que entraria em vigor naquele ano, em que o “documento especial de fronteiroço’, a ser emitido em cumprimento ao disposto no Acordo, habilitaria os nacionais dos dois países a aceder aos serviços de saúde dos dois lados da fronteira” (COMISSÃO BINACIONAL, mar, 2004, p. 2). Na ocasião a Comissão foi dividida em subgrupos: sobre Integração Assistencial – que se ocuparia de reter informações sobre eventuais problemas advindos do acordo, e outro sobre Vigilância Epidemiológica, que congregaria informações sobre doenças como hidatidose, hantavirose²³, HIV e outras que fossem pertinentes. Já na segunda reunião, realizada em outubro do mesmo ano, ficou definido que seriam identificadas proposições de projetos binacionais para serem apresentados a organismos de financiamento internacional, e na pauta constava uma proposta de complementação de serviços entre as cidades de Barra do Quaraí e Bella Unión.

Por alguns anos a Comissão cessa seus trabalhos, até que durante a reunião do GT Saúde na V Reunião de Alto Nível, em 2007, durante a apresentação do

²³ Hantavirose é uma doença causada pelo hantavírus, através de contato com dejetos de ratos, causando problemas pulmonares e renais.

comitê de saúde Livramento-Rivera os representantes percebem que vários temas transcendem o espaço desses comitês locais, e que é necessário buscar “[...] alternativas de solución a otro nivel. Como ejemplo de ello se plantea lo relacionado al intercambio de servicios y el ejercicio profesional en las fronteras” (RAN, 2007, p. 2). Então optou-se, na ocasião, pela reativação da referida Comissão, de forma a centralizar todas as informações sobre ações que eram desenvolvidas no âmbito local, e assinalar os problemas que não pudessem ser resolvidos naquela instância. A dinâmica a ser utilizada seria realização de reuniões trimestrais sediadas em diferentes pontos da fronteira. Para dar conta de grande parte dos problemas relatados pelos representantes das cidades-gêmeas, foi celebrado em 2008 um Ajuste Complementar ao Acordo para a permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, que possibilita, em tese, compartilhamento de serviços de saúde na fronteira, dentre outras inovações.

5.2 AS INICIATIVAS EM QUESTÃO

Dentre os projetos e iniciativas em saúde podemos citar as que ora estão planejadas e/ou em execução, embora algumas ainda não se encontrem em implantação.

5.2.1 Sistema Integrado de Saúde na Fronteira – SIS Fronteiras

Contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde, verificar demandas e capacidade instalada, fluxo de assistência, integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros. Esses eram os principais objetivos a serem alcançados pelo Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS Fronteiras), instituído através da Portaria 1.120 de 06 de julho de 2005, que teria três fases de execução e liberação de recursos, a saber:

- Fase I: elaboração do diagnóstico local e plano operacional dos municípios. Essas ações foram realizadas através do repasse de 30% dos recursos, utilizados para contratação de uma instituição de ensino que elaborasse Diagnósticos de Saúde sobre os municípios elegíveis ao recebimento de recursos, e aquisição de infraestrutura mínima para sistematização e guarda de documentos (computador, impressora, mesa e armário). Caso haja saldo

remanescente desta fase, ele passa a integrar a Fase II, podendo ser utilizado em despesas de custeio;

- Fase II: liberação de mais 35% dos recursos, para qualificar a gestão, serviços e ações direcionadas à rede de saúde. Nessa fase está previsto o financiamento de ações que promovam a Qualificação da Gestão, de serviços e ações, e implementação da Rede de Saúde nesses Municípios;
- Fase III: liberação do recurso final para implantação de serviços e ações de saúde nos municípios.

O andamento do projeto se daria da seguinte forma: a instituição de ensino e o Ministério da Saúde teriam reuniões com os gestores municipais para nivelarem seus conhecimentos sobre o projeto e pudessem elaborar o plano operacional, destinando a utilização dos recursos financeiros para as precariedades apontadas no diagnóstico de saúde municipal. A partir da elaboração desse plano, ele deveria ser pautado em reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS), e juntamente com a ata de aprovação do Conselho, serem enviados à Coordenadoria Regional de Saúde, que por sua vez o pautaria na reunião do Colegiado de Gestão Regional (COGERE), que o enviaria para a Secretaria Técnica (SETEC), que o encaminharia à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Depois da aprovação pela CIB, a resolução favorável é anexada ao plano de trabalho e à ata, que enfim são enviados ao Ministério da Saúde. A seguir um fluxograma ilustra melhor cada essas etapas

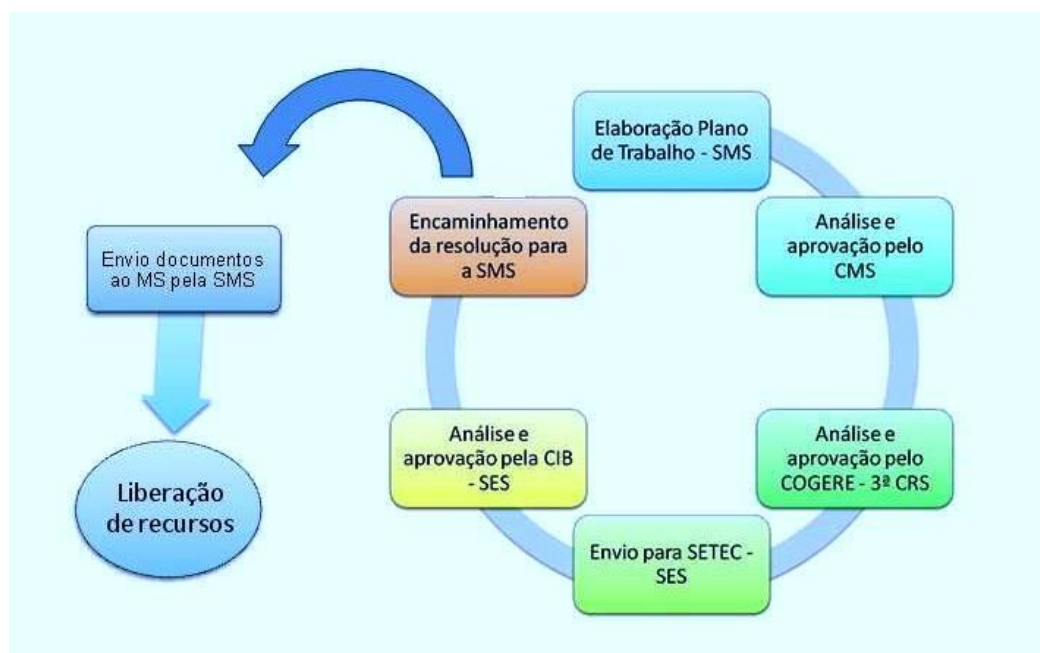


Figura 13 - Fluxo documentação SIS Fronteiras

Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

Os planos de aplicação desses municípios, obtidos junto a Secretaria Estadual de Saúde, demonstram que 94% do recurso seriam utilizado em ações em saúde (aquisição de equipamentos, material de consumo, construção e reforma de Unidades Básicas de Saúde), 5% na capacitação de recursos humanos e 1% na estruturação e treinamentos na área de vigilâncias em saúde. A seguir apresentamos uma tabela com o montante de recursos liberados até então pelo Ministério da Saúde para as cidades gêmeas com o Uruguai, em que é possível notar que a liberação dos recursos financeiros não foi realizada da forma que havia sido preconizada.

Tabela 5 - Repasses de recursos do SIS Fronteiras nas cidades gêmeas com o Uruguai (em reais)

Município	Fase I		Fase II		Fase III	
	Valor	Ano repasse	Valor	Ano repasse	Valor	Ano repasse
Aceguá	6.622,20	2006	-	-	7.725,90	2011
Barra do Quaraí	6.350,76	2006	-	-	7.409,22	2011
Chuí	8.994,96	2006	-	-	-	-
Jaguarão	48.068,28	2006	-	-	56.079,66	2011
Quaraí	38.365,08	2006	-	-	44.759,26	2011
Santana do Livramento	147.987,84	2006	-	-	172.652,48	2011
Valor total	256.389,12		0,00		288.626,52	

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos no site do Fundo Nacional de Saúde, 2012.

Em suma, a falta de repasse da Fase II, que corresponde a 35% dos recursos do projeto, e a demora na liberação das parcelas, ocasionaram problemas aos gestores na execução de seus planos de trabalho. Corrobora com os dados acima obtidos o seguinte relato:

Foi feito o trabalho de campo em 2007/2008, e nós recebemos a primeira parcela do trabalho para investimentos, e temos mais duas fases para receber, fase 2 e fase 3, mas inicialmente, quando a senhora dona Dilma assumiu, o programa ficou meio estagnado, e agora eles vão retomar os trabalhos. Eles ainda não sabem – o Ministério - não sabe especificamente como vai funcionar, mas já foi um sinal verde pra nós. Agora a segunda parcela vem para equipamentos, mas o plano de trabalho foi realizado em 2009, em cima de preços que agora estão completamente defasados. Na realidade a gente em 2011 recebeu um documento dizendo que o SIS Fronteira seria extinguido e ele migraria para o Programa Saúde Mais perto

de Você. Mas semana passada quando a equipe veio aqui a gente ficou feliz, porque eles vão retomar em breve e querem continuar o trabalho do SIS Fronteiras. (Entrevistado 04, 2012).

Afora os recursos aplicados através do Plano Operacional, houve também o repasse de um recurso adicional, destinado a atividades de custeio, que foi assim destinado:

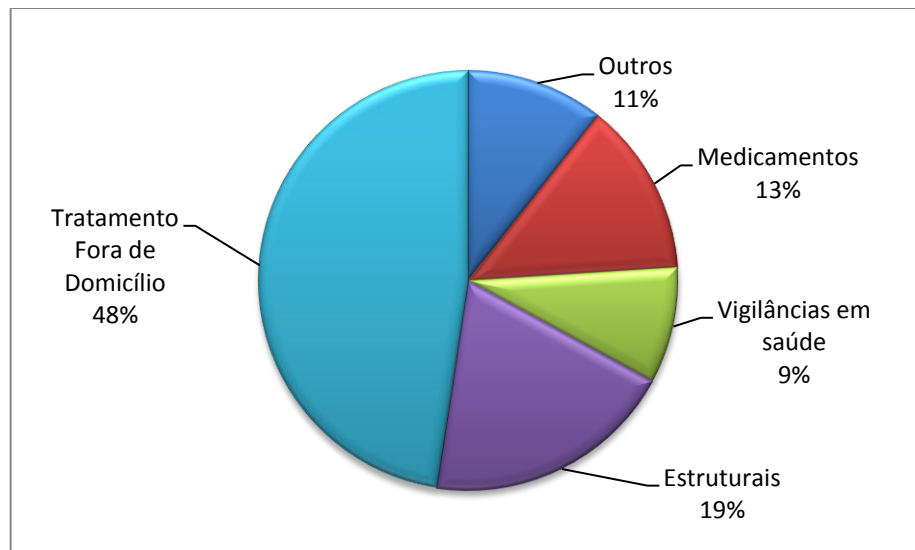


Figura 14 - Utilização do recurso adicional por categoria

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos planos de trabalho dos municípios, 2011.

A alocação de recursos, em quase metade do montante, para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sugere que essa é uma área que carece de maior aporte financeiro, posto que são municípios situados no nível de atenção primária à saúde, referenciando sua população para serviços situados em outras regiões quando se tratam de casos de maior complexidade. O TFD é uma ação em saúde prevista pela Portaria MS/SAS 55/1999, que estabelece critérios para concessão de deslocamento, ajuda de custo e diárias para pacientes e acompanhantes que necessitem de atendimento fora de seu distrito sanitário. No entanto, segundo o documento, o valor a ser pago, por exemplo, para deslocamentos terrestres, é de R\$ 3,00 a cada 50 quilômetros percorridos (BRASIL, MS, 1999). Ou seja, na região sul do Rio Grande do Sul, em que os municípios são distantes uns dos outros, esse financiamento torna-se ineficiente, sendo esse custeio sendo assumido pelas secretarias municipais de saúde.

Embora o projeto tenha um mérito positivo quando ao seu ineditismo, foram apontadas por Nogueira e Bontempo (2011, p. 10) dificuldades de implantação e ausência de monitoramento dos resultados obtidos evidenciando “[...] uma debilidade intrínseca ao não definir parâmetros de controle e avaliação e uso posterior dos resultados em termos de financiamento”.

5.2.2 Convênio trilateral Brasil – Uruguai - Alemanha

O “Fortalecimento do Sistema Nacional Integrado em Saúde (SNIS) com ênfase em localidades com menos de 5.000 habitantes e em temas transversais: gênero, saúde sexual e DST/HIV - AIDS; saúde ocupacional e ambiental; fortalecimento da sociedade civil e de movimentos de usuários” é um convênio de cooperação trilateral celebrado entre o Ministério da Saúde Pública do Uruguai, Ministério da Saúde do Brasil (representado pela Agência de Assuntos Internacionais) e Agência de Cooperação do Governo Alemão (GIZ), firmado em dezembro de 2011. O montante de recursos, na ordem de € 5.000.000 (cinco milhões de euros), seria ²⁴ utilizado para investimentos em infraestrutura de policlínicas (construções e reformas de instalações, compra de equipamentos) em localidades rurais uruguaias. Também estavam previstas capacitações dos profissionais de saúde em “sistemas de Informação; Odontologia; Georreferência; Interconectividade da rede de Laboratórios; Monitoramento de infecção por HIV; Formação de técnicos e médicos radiologistas; Experiências práticas de cuidado em saúde rural” e outras capacitações com ênfase em atenção e vigilância em saúde na área de DST/HIV no SUS (MINISTÉRIO DE SALUD PUBLICA, 2011).

Estamos há dois anos trabalhando em todos os departamentos, fazendo um diagnóstico de saúde e fazendo uma proposta de como solucionar os problemas da saúde rural. Fizemos visitas ao Brasil para ver unidades de saúde e ver como trabalham no SUS. E, sobretudo, o que mais interessa, é ver como se dá a participação da comunidade, porque no Uruguai a estamos fazendo, mas não está sendo boa. E o Brasil tem uma grande experiência de participação da comunidade, que há representantes da comunidade que atuam sobre o Sistema. Isso é o mais interessante que

²⁴ Por conta da crise econômica na União Europeia, a GIZ encerrou sua atuação nos países da América Latina e Caribe, findando as ações por aqui empreendidas. Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/33081/saude-publica/giz-retira-apoio-as-aco-es-de-combate-a-aids-no-brasil-america-latina-e-caribe>. Acesso em: 15 jan. 2013.

tem o sistema brasileiro: realmente a comunidade atua, e atua! Há diversas organizações que tem incidência sobre o sistema de saúde. Agora vamos a Porto Alegre ver quatro experiências exitosas de participação cidadã. Este projeto está na sua última etapa: supomos que no final de ano receberemos o dinheiro e vamos executá-lo no território (Entrevistado 05, 2012).

Em suma, nesse convênio o Uruguai disponibilizaria dados epidemiológicos e mobilizaria seus recursos humanos para participar das capacitações, a Alemanha entraria com o financiamento das atividades e o Brasil com o *know-how* em saúde pública. O interesse de outros países pelo Sistema Único de Saúde brasileiro tem se dado, principalmente, pelo fato de que a descentralização da saúde alavancada pelos repasses financeiros fundo a fundo e enfoque na atenção básica através do Programa Saúde da Família são pontos positivos na abrangência do atendimento à população. Estima-se que 75% dos brasileiros utilize prioritariamente o SUS em seus cuidados de saúde (BUSS; FERREIRA, HOIRISCH, 2011). A participação do Brasil no convênio é amparada pelo Ajuste complementar ao acordo de cooperação técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para implementação do projeto “apoio ao fortalecimento do Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai com ênfase em localidades com menos de cinco mil habitantes”, assinado em Montevideu em maio de 2011, tendo vigência de 02 anos sendo passível de prorrogação até o cumprimento do objeto.

5.2.3 Atividades custeadas com recursos do FOCEM

Como mencionado anteriormente, o FOCEM financia dois projetos ligados à saúde nos municípios pesquisados. Um deles é a instalação de uma Rede Binacional de Saúde, que será viabilizada através da implantação de Unidades Fronteiriças de Saúde (UFS) nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai, projeto custeado através de recursos do FOCEM, na ordem de US\$ 12.750.000,00 (BRASIL, Ministério do Planejamento, s/d), proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), com objetivos de:

1 - organizar a rede de saúde do SUS, articulando serviços de atenção básica, de média e alta complexidade nas cidades-gêmeas da fronteira Brasil-Uruguai, tendo como referência o Hospital-Escola da Universidade

Federal de Pelotas; 2 - garantir a capacitação e o desenvolvimento das equipes de saúde que desenvolverão atividades nas unidades em uma Rede Binacional (CURCIO e SILVA, 2011, p. 175).

Os objetivos elencados seriam atingidos através da capacitação de profissionais de ambas as nacionalidades que atuariam nas UFS, disponibilizando assistência médica, internação domiciliar aos que dela necessitarem, difusão de novas tecnologias e atendimento psicológico a dependentes químicos. Essas unidades seriam divididas entre Porte I, para cidades de 50 a 100 mil habitantes, contemplando os municípios de Aceguá/Aceguá, Barra do Quaraí/Bella Unión e Quaraí/Artigas; e Porte 2, para cidades acima de 100 mil habitantes, como Jaguarão/Rio Branco, Santa Vitória do Palmar/Chuí/Chuy e Santana do Livramento/Rivera (UFPel, 2012, p. 2). Apesar da aprovação da proposta pela CIB em dezembro de 2010, ficou estabelecido que a UFPel definiria junto com os gestores as competências de cada nível de gestão para compor a proposta de instalação (CIB, 2010).

Pra nós seria ótimo... claro, não se pergunta “como é que vocês vão manter essas unidades?”. Porque as prefeituras não têm condições de manter aquela estrutura toda: seriam em torno de 1000 m² de área construída, só o custeio daria R\$ 235 mil por mês, como é que a prefeitura vai pagar isso? Não tem como! Então pedimos para que o Ministério da Saúde pagasse isso. O próprio reitor falou que esse projeto ia caminhar, mas não ia caminhar muito ligeiro (Entrevistado 03, 2012).

Em Aceguá foi encampado um projeto binacional de saneamento básico, nas duas cidades gêmeas.

Faz 3 anos e meio que estamos trabalhando com isso, mas como é uma legislação internacional, é um pouco complicado: paga em dólar? Paga em peso? Como é que vai ser? Então tivemos algumas dificuldades... esse recurso sai da cota do Brasil, porque o Brasil participa com 70% dos recursos do FOCEM, mas só pode usar 15%, mas o Brasil nunca usou nada disso porque não tinha projetos prontos, e Aceguá foi o primeiro município que conseguiu montar um projeto para captar recursos do FOCEM. Só que quando nós começamos a tratar este assunto, o governo federal nos dizia que 7 milhões de dólares é pouco, o governo federal está acostumado a trabalhar com valores grandes [...]. Bom, se é problema de valores, então a gente adapta. Então além do saneamento básico nós incluímos a pavimentação de todas as ruas – que faz parte do saneamento, drenagem pluvial e coleta de lixo - resíduos sólidos (Entrevistado 03, 2012).

Segundo o entrevistado o projeto, à época da pesquisa, estava em análise técnica, e seria firmado um acordo entre as autarquias que executariam as obras:

Obras Sanitárias del Estado (OSE), e a Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), para dirimir eventuais dúvidas técnicas sobre o projeto da obra. Outro impasse apontado é financeiro, sobre o pagamento de impostos sobre serviço (ISS), que ficou a cargo do Uruguai.

5.2.4 Ajuste complementar ao Acordo para a Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios

Embora já se tenha abordado o referido acordo, trataremos aqui do Ajuste Complementar *aprovado pelo Decreto Legislativo nº 933/2009 e promulgado pelo Decreto nº 7239/2010, prevendo normatizar várias ações* na área da saúde, que teve na prática basicamente dois desdobramentos: a contratação de médicos uruguaios por parte de municípios e hospitais brasileiros, e um convênio para compra de serviços em um hospital uruguaio, definindo ainda, além dos moldes de contratação desses serviços, a circulação de ambulâncias, registros de nascimentos e falecimentos.

Em tese, praticamente todas as ações em saúde estariam amparadas pelo referido acordo, mas efetivamente não é bem assim que isso se dá nas fronteiras pesquisadas. As ambulâncias brasileiras têm dificuldade para entrar no Uruguai – há vários entendimentos sobre a obrigatoriedade ou não de emissão da carta verde²⁵ para esse tipo de veículo; em Chuí/Chuy, o passe livre foi uma conquista do comitê de fronteira logo em seu início de atuação. Já outros municípios não têm este mesmo procedimento, então os profissionais que viajam nessas ambulâncias estão descobertos, caso ocorra algum sinistro (Entrevistado 2, 2012). Quanto ao registro de nascimentos, a partir de janeiro de 2012 o Uruguai começou a realizá-los diretamente no hospital em que se deu o parto. No entanto, a criança tem o direito de ser registrada também no Brasil, causando problemas de ordem estatística.

Então nesse processo todo a criança fica com dupla nacionalidade, só que as mães (algumas, obviamente), forçam essa situação [realizar o parto no Uruguai] porque eles sendo registrados lá, amanhã ou depois podem ter acesso a alguns benefícios sociais. Eles nos disseram que “ela está na estatística, mas nós [uruguaios] não temos acesso a essa criança, porque ela vai pra lá, pro Brasil” [...]. E para nós aqui, ela não aparece na

²⁵ Carta verde é um seguro instituído pela Resolução 120/04 do MERCOSUL, que fixa valores para acidentados com morte, despesas médico-hospitalares ou danos materiais.

estatística, porque toda criança que não nascer no hospital público aqui no Brasil ela não pode ir pro sistema, ela não é enviada para o sistema. Então pra eles aparece, mas eles não têm a criança, e pra nós não aparece, mas nós temos a criança [...] (Entrevistado 20, 2012).

Quanto a contratação de médicos uruguaios, alguns municípios já se beneficiam desse dispositivo, como Santa Vitória do Palmar, que foi o precursor, integrando inicialmente uma médica uruguaia a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Devido a esta integração de profissionais uruguaios, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) se manifestou juridicamente, conseguindo inclusive suspender o atendimento temporariamente (ASSEDISA, 2010, p. 9).

Este acordo foi votado pelo parlamento brasileiro, em Brasília, e foi votado pelo parlamento uruguaio, no Uruguai, aprovado em ambos os governos. Supostamente eu, como médico, poderia trabalhar **se vivesse na fronteira** [ênfase do entrevistado], no lado brasileiro – isso é o que diz o tratado. Agora, o que se sucede é que os colégios médicos – que representam os médicos não estão de acordo com isso. Então há uma base legal, mas por outro lado há a Academia Médica pelo lado do Brasil e o Colégio Médico, pelo lado do Uruguai, que impedem que alguém de outro país possa trabalhar (Entrevistado 05, 2012).

Jaguarão aderiu também às contratações de médicos para atuação no Pronto Socorro; Quaraí já conta com seis médicos e dois enfermeiros em sua equipe (MAZUI, 2010); a Santa Casa de Santana do Livramento também conquistou, na justiça, a possibilidade de ter profissionais especializados de forma a garantir a continuidade do atendimento à população.

Inexorável é que esse Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde trouxe profunda inovação em nosso sistema jurídico, permitindo que 'estrangeiro uruguaio fronteiriço', devidamente habilitado para o exercício de sua profissão em seu país, possa prestar serviços de saúde humana no Brasil, nos limites da pertinente localidade vinculada, desde que contratado nos termos dessa norma e seja portador do pertinente documento especial de fronteiriço [...] (p.10). [...] tenho que é legítimo, na excepcional situação de configurar-se a cessação da prestação de serviços por médicos brasileiros, a Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento valer-se de profissionais de saúde uruguaios (aí incluídos os médicos) para a prestação de serviços de saúde à comunidade fronteiriça integrante do Município de Santana do Livramento, RS, independentemente de revalidação de diplomas em universidades brasileiras e inscrição no Conselho Regional de Medicina (KRIGER, 2011b, p.12).

Até mesmo os jornais dos municípios se pronunciam favoravelmente pela contratação de serviços de saúde uruguaios, como questiona um jornal de Barra do

Quaraí “O cidadão barrense pode contar que receberá os benefícios acordados e aprovados em Brasília?” (FOLHA BARRENSE, 2010, p. 5).

Diante disso, o Sindicato Médico e o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul tem se manifestado contrariamente a migração desses profissionais, alegando que o trabalho dos mesmos é ilegal, posto que não têm seu diploma revalidado pelas instituições de ensino brasileiras (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL, 2011).

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – CREMERS ajuizou a presente ação civil pública contra a Fundação Hospital de Caridade de Quaraí e os médicos uruguaios Alicia Maria Cardozo Barbosa, Álvaro José Lorenzeli Zunin, Matteo Ayla e Nelsio Piriz, pedindo medida liminar para a imediata suspensão do exercício das atividades profissionais desses médicos no referido hospital ao argumento da inexistência de revalidação dos correspondentes diplomas em universidades brasileiras e de inscrição do CREMERS, e, ao final, pede a imposição ao hospital do dever de rescindir os contratos existentes e não contratar médicos uruguaios em tais circunstâncias, e a imposição aos médicos réus do dever de não exercer a medicina em território brasileiro (p. 1).

Portanto, repete-se, agora em Quaraí, RS, a recorrente problemática da negativa de atendimento aos serviços do SUS por médicos brasileiros, ainda que os pagamentos do SUS sejam acrescidos de parcelas subvencionadas de outras fontes, salvo se alcançado o patamar pecuniário exigido. **Segundo exsurge dos autos, o impasse vivenciado não consiste na singela escolha entre o médico uruguaio e o médico brasileiro, mas sim entre o médico uruguaio ou nenhum médico, já que os médicos brasileiros atuantes na localidade negam-se ao atendimento pelo SUS** [grifo nosso], se não complementada a remuneração nos patamares exigidos (p.4-5).

Pelas razões acima assentadas tenho que é legítimo, na excepcional situação configurada nos autos, a Fundação Hospital de Caridade de Quaraí valer-se de profissionais de saúde uruguaios (aí incluídos os médicos) para a prestação de serviços de saúde à comunidade fronteiriça integrante do Município de Quaraí, RS, independentemente de revalidação de diplomas em universidades brasileiras e inscrição no Conselho Regional de Medicina (KRIGER, 2011a, p. 13).

Corroborando com a manifestação do magistrado os seguintes relatos

A saúde no Brasil é que está doente, porque nós temos poucos recursos para custeio da saúde: o médico ganha pouco, a enfermagem ganha pouco, então isso desestimula. Então acontece muitas vezes do médico firmar o contrato com a prefeitura de 40 horas, recebe por 40 horas, mas trabalha 20. Ou atende 6 fichas no turno da manhã, atende em uma hora e meia e se manda. Isso é que não pode, não deveria... se o médico recebesse uma remuneração melhor, nós teríamos mais força, mais direito de cobrar, e não atender a metade e ganhar pelas 40. Se fizer isso, você não consegue médico... (Entrevistado 03, 2012).

Nós temos dificuldade de contratação de médicos aqui do lado brasileiro. Nenhum médico quer sair de Porto Alegre, de Pelotas pra vir trabalhar aqui. Tu oferece salário de R\$ 8 a 10 mil e eles não querem. E tem médicos uruguaios querendo trabalhar no Brasil por R\$ 5, 6 mil reais, mas no caso o CREMERS não aceita que os médicos uruguaios exerçam a profissão no Brasil, embora sabendo que as faculdades uruguaias são iguais ou melhores que as brasileiras. E qual é o motivo que eles não deixam os médicos uruguaios trabalharem no Brasil? O ser humano uruguaio é o mesmo ser humano brasileiro: ele tem olho, nariz, orelha, tudo igual [...]. Era pra ter nas cidades gêmeas o médico brasileiro que quisesse atender no Uruguai atendesse no Uruguai, e o médico uruguaio que quisesse pudesse atender no Brasil, porque é uma bobagem essa história de qualidade de ensino, porque é igual. Tem o acordo, mas aí não aceitam, o CREMERS não aceitou. Quer dizer, o presidente da República Jorge Battle e o Fernando Henrique Cardoso fizeram o acordo, e o CREMERS não deixa os médicos... bota na justiça, condena um, condena outro e até hoje não tivemos como exercer isso daí. O que na verdade era pra deixar, mas só que cadê? (Entrevistado 11, 2012)

Tentando minimizar os problemas advindos ao colocar em prática do Ajuste Complementar, o governo brasileiro instituiu, através da Portaria 624/2011, uma matriz mínima para registro de profissionais de saúde de preenchimento obrigatório, possibilitando assim que os membros do MERCOSUL tenham conhecimento sobre o trânsito desses profissionais. Ainda que sindicatos estejam promovendo ações judiciais contra prefeituras e hospitais que seguem incorporando ou mantendo médicos uruguaios em suas equipes, praticamente todas as decisões jurídicas são favoráveis à manutenção desses profissionais, sob a alegação de que não há profissionais brasileiros interessados em prestar serviços na fronteira. Dessa prática advém um problema operacional: as receitas aviadas pelos médicos uruguaios durante os atendimentos não são aceitas pelas farmácias no Brasil, porque para baixar o medicamento do estoque é necessário inserir o número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) no software de dispensação.

O CREMERS está com um recurso com o despacho de um juiz federal que entendeu que é um convênio particularmente assinado dentro do âmbito do Mercosul com o Uruguai, que é um esforço para atender a população da fronteira, para que possa haver prestação de serviço num espaço de 20 Km de cada lado da fronteira. Mas o convênio estabelecido até agora, no entendimento do Conselho, não autoriza que haja, individualmente, a prática de um médico do Uruguai, da Argentina ou do Paraguai, sem formalidades no território brasileiro. Sem o registro eles estão trabalhando irregularmente e criando outros problemas, porque a receita do médico uruguaio sem CRM não é aceita nas farmácias do Brasil, ele não pode assinar prontuários. A menos que um colega brasileiro assine por ele, o que é crime (AMRIGS, 2012, p. 05).

Mas o presente acordo não está sendo apenas utilizado de forma a contornar a situação da falta de recursos humanos nas cidades gêmeas, e sim para contratar também serviços em saúde do outro lado da fronteira. Na vanguarda deste movimento figura o município de Barra do Quaraí, firmando um convênio entre a prefeitura brasileira e a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), do Uruguai, de modo a permitir o atendimento de brasileiros no Hospital de Bella Unión, garantindo pela vigência de um ano o atendimento a

Consultas de urgência/emergência incluindo exames básicos de sangue e eletrocardiograma; hemograma, glicemia, sódio, potássio, ureia e creatina, TGO e TGP, TP, KTTP, hemossedimentação, PCR, HIV, troponina, CPK e CKMB, amilase, QUE, urocultura, beta HCG (PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ, 2011, p. 2).

O referido convênio (tratado diretamente entre a prefeitura brasileira e direção do hospital, com alguma intervenção do Ministério da Saúde) foi estipulado em um teto de 300 consultas ao valor unitário de U\$ 54,00 (cinquenta e quatro dólares), e a dificuldade apontada pelos atores locais foi a efetivação do pagamento dessas prestações junto ao hospital, que eram acrescidas de taxas bancárias que chegavam a 35% do montante a ser pago, por se tratar de operação financeira internacional. É interessante salientar que o convênio surgiu mais para legitimar uma situação que já ocorria no território (de atendimento de brasileiros pelo hospital uruguaio), posto que o mesmo está localizado a 6 km de distância de Barra do Quaraí, em detrimento à referência hospitalar do município para esse tipo de atendimento, situada a 70 km dali. Foi relatado que as gestantes que se encontram na iminência de terem seus filhos seguem sendo atendidas no hospital, fora da cota desse convênio, sendo essas crianças já registradas ali e depois novamente registradas no Brasil, tendo elas a dupla nacionalidade, ou o fenômeno conhecido como “doble chapa”.

Quanto à cooperação em saúde, foi proposto que haja entre os países termos de troca de serviços, para diminuir a burocracia e dar celeridade aos processos que poderiam ser celebrados localmente, sem interveniência de órgãos centrais. Essa cooperação, por exemplo, se daria em fornecimento de atenção à saúde bucal pelo Brasil aos uruguaios e a utilização pelos brasileiros da estrutura hospitalar existente e acesso a especialistas médicos que se encontram no Uruguai.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo foi possível perceber porque as cidades-gêmeas foram aqui consideradas um território, um espaço em que culturas, saberes e histórias se entrelaçam, ainda que de formas não amparadas pelas legislações do Brasil e do Uruguai. Intentando modificar este cenário, foram estabelecidos pelos governos centrais dos países Comitês de Fronteira nesses locais, porém como não eram resolutivos, acabaram tendo sua atuação espaçada até desaparecerem.

Quanto ao objetivo geral, de identificar e caracterizar os Comitês de Saúde, Comissões de Fronteira e demais espaços de diálogo existentes nas cidades gêmeas do Rio Grande do Sul fronteiriças ao Uruguai, verificou-se que o tema saúde é tratado em GT específico na Nova Agenda, que se reúne cerca de um mês antes da RAN, que ocorre geralmente no meio de cada ano, alternando como local de encontro as cidades de Montevideu e Porto Alegre. De acordo com os dados obtidos, as comissões binacionais de saúde devem ser organizadas dentro em breve para que as cidades-gêmeas possam pleitear recursos destinados à saúde através do Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM), ou de projetos específicos como, por exemplo, para financiamento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS e outras DSTs, financiados pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Pelo menos nos municípios pesquisados, não são constantes as reuniões destes comitês, sendo que os mesmos se articulam geralmente mais como uma pré-condição para recebimento de recursos financeiros ou projetos, do que por serem considerados espaços de discussão em que os pleitos alcancem algum grau de execução. Foi possível perceber que as reuniões contam, na maioria das vezes, apenas com a participação de gestores, sem muito envolvimento da comunidade.

Quanto aos resultados alcançados pela atuação desses comitês até então, pouco se tem avançado. Segundo um entrevistado, “se tratam de reuniões para marcar reuniões”. Um exemplo latente é a construção de um centro de hemodiálise binacional, que seria instalado no município de Chuy, que é pauta desde a primeira reunião do comitê de fronteira daquele par de cidades, e que em 2012, ainda não teve sua construção iniciada. De outra sorte, o município de Barra do Quaraí foi pioneiro a firmar um convênio com vigência de um ano entre a prefeitura brasileira e

a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), do Uruguai, de modo a permitir o atendimento de brasileiros no Hospital de Bella Unión.

Em relação aos demais objetivos propostos: conhecer os atores envolvidos e as organizações as quais estão filiados, identificar os resultados alcançados das articulações propostas, reconhecer as estratégias de organização do sistema de saúde entre as cidades gêmeas e caracterizar os municípios quanto a tipologia de fronteira, atenção à saúde e colaboração em saúde, optou-se por apresentar os resultados acerca dos mesmos sem uma separação entre eles. Buscou-se, assim, evidenciar a dinâmica fronteiriça, que congrega atores políticos, aspectos históricos e elementos estruturais e conjunturais, dando uma feição peculiar a região estudada. Temos, assim, o seguinte panorama:

Aceguá-Aceguá: por conta de se valer do Decreto 7239 para contratar um médico uruguaio para atendimento da população fora do horário em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na sede do município brasileiro está aberta, há fluxo de pacientes para o país vizinho, já que o profissional clinica em seu consultório particular. Foi relatado que os uruguaios são atendidos com frequência pela UBS, incluindo o acesso a medicamentos, embora esse acesso seja dificultado pela adoção do Cartão SUS para dispensação dos mesmos.

Barra do Quaraí/Bella Unión: os pacientes são atendidos corriqueiramente pelo hospital do Uruguai. Em que pese não haver ainda troca de serviços, há o reconhecimento de que no Brasil o atendimento à saúde bucal²⁶ é muito bem organizado e abrangente, constituindo-se como uma possibilidade para cooperação entre os municípios. A prefeitura brasileira se valeu do mesmo Decreto para concretizar o convênio binacional citado anteriormente, ao invés de contratar médicos uruguaios, que por enquanto é considerado ilegal por conta da não revalidação desses profissionais para atuação no Brasil. Por conta deste convênio há transferência de recursos financeiros ao país lindeiro.

Chuí/Chuy: foi o único município em que os gestores relataram não ocorrer nenhum tipo de vínculo, embora nos tenha sido relatado por entrevistados uruguaios que pacientes brasileiros são atendidos com frequência pelo hospital uruguaio, já que o Chuí conta apenas com um Centro de Saúde que não funciona 24 horas, tendo como referência a cidade de Santa Vitória do Palmar, distante 20 km dali. Na

²⁶ A qualidade e estruturação do serviço de saúde bucal brasileiro foi referenciado em todos os municípios uruguaios como intenção para acordos futuros de cooperação em saúde.

ocasião da pesquisa foi verificada a média mensal de 22 atendimentos a brasileiros no hospital do Chuy, em diversas especialidades, sendo pediatria a mais procurada.

Quanto a cooperação em saúde, foi proposto que haja cooperação entre os países em termos de troca de serviços, para diminuir a burocracia e dar celeridade aos processos que poderiam ser celebrados localmente, sem interveniência de órgãos centrais, o que é ao mesmo tempo uma evidência da extrapolação das competências do poder local e o reconhecimento desta competência no reconhecimento das necessidades locais e encaminhamento efetivo das mesmas. Essa cooperação, basicamente, se daria em fornecimento de atenção à saúde bucal pelo Brasil e a *expertise* dos uruguaios em termos de redução da mortalidade infantil e utilização da estrutura hospitalar existente e acesso a especialistas médicos. Foram relatadas também possibilidades de complementação de serviços entre os países – o que tem capacidade ociosa ofereceria ao outro, ocorrendo troca de serviços para evitar entraves no pagamento dos mesmos.

Embora toda a mudança ocorrida no encaminhamento das necessidades desses municípios, acordos tenham sido ajustados, convênios celebrados, persistem ainda as amarras burocráticas e jurídicas. Ou seja, apesar do propalado “fim do Estado” apregoado por muitos estudiosos, a sua atuação no território fronteiriço continua forte, por vezes freando as alternativas mais viáveis para resolução de problemas ou impasses locais.

O estudo permitiu também elaborar sugestões e considerações importantes a serem observadas pelas autoridades nacionais quanto ao trato da fronteira, e aqui elencam-se as principais:

- Estudar formas de tornar mais flexíveis as leis neste território de convívio comum, ou regular de forma mais rígida o cumprimento dos acordos e convênios já firmados entre os países;
- Ampliar a cooperação entre os países em termos de troca de serviços, para diminuir a burocracia e dar celeridade aos processos que poderiam ser celebrados localmente, sem interveniência de órgãos centrais;
- Instituir, do lado brasileiro, formas de registro de pacientes não nacionais atendidos expressando a dimensão quantitativa da questão tratada, como vem fazendo algumas unidades de saúde do Uruguai;

- Alterar a legislação bancária ou estudar formas de transferências de recursos financeiros para facilitar a cooperação entre os sistemas de saúde localizados na faixa de fronteira;
- Instituir um marco regulatório para cooperação em saúde, tratando da contratação de médicos e enfermeiros, seguro para ambulâncias e profissionais que nela prestarem serviço, intercâmbio de procedimentos (odontológicos, diálises, cirurgias, exames), campanhas de vacinação conjuntas.
- Reduzir trâmites burocráticos para emissão do documento fronteiriço.

Estas indicações poderiam contribuir para que essas fronteiras que poderiam ser consideradas como vivas, acabam sendo transformadas em territórios perigosos, não porque representem perigo, mas porque lhes falta regulamentação. Como muitos entrevistados reportaram, falta o cumprimento do que foi estabelecido entre os países sobre a fronteira para que a população possa ter uma vida *legal*.

REFERÊNCIAS

ACEGUÁ. **Prefeitos e Intendentes discutem necessidades dos Municípios de Fronteira.** Disponível:

<http://www.acegua.rs.gov.br/portal1/municipio/noticia.asp?ildMun=100143468&ildNoticia=128803>. Acesso 04 jun 2011.

ACHARD, Diego. La Frontera Uruguay-Brasil: una análisis de las instituciones que promueven la Integración Fronteriza. *In: CENTRO DE FORMACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN REGIONAL. La integración fronteriza y el papel de las regiones em la Unión Europea y em el Cono Sur: experiências, opciones y estratégias.* Montevidéo: CEFIR, 1995, p. 116-128. Disponível em: <http://cefir.org.uy/wp-content/uploads/downloads/2012/05/DT_13.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

AGENCIA NACIONAL DE TRANSPORTES TERRESTRES. **Linhas internacionais.** Disponível em: <https://appweb.antt.gov.br/transp/linha_internacional.asp>. Acesso em: 17 jan. 2013

ALJANATI, Daniel *et al.* **Artigas.** Montevidéo: Rex, 1970a.

_____. **Cerro Largo.** Montevidéo: Rex, 1970b.

_____. **Rocha.** Montevidéo: Rex, 1970c.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, Jun 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jun. 2011.

ARTIGAS. **Reseña histórica de la ciudad de Bella Unión.** Disponível em: <<http://www.artigas.gub.uy/?p=1249>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

ASSE. **ASSE inauguró el Centro de recolección de leche humana em el Hospital de Bella Unión.** Disponível em: <http://www.asse.com.uy/uc_6058_1.html>. Acesso em: 12 dez. 2012.

ASSOCIAÇÃO DOS SECRETÁRIOS E DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Revista Assedisa.** Ano 1, nº 1, maio 2010. TJ suspende liminar que impedia trabalho de médica uruguaia. Disponível em: <http://www.assedisars.org.br/imagens/edicao/pdf_h2u8.pdf>. Acesso em 01 dez 2010.

AVEIRO, Thais Mere Marques. **Relações Brasil-Uruguai: A Nova Agenda para a Cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço.** 238p. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, Instituto de Relações Internacionais, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em:

<http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2342/1/2006_ThaisMereMAveiro_orig.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2011.

ADIALA, Cristiane De Sousa Mota. **Efeitos de políticas públicas em cidades de fronteira:** Uruguaiana e Santana do Livramento (RS). 142 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ppgg.igeo.ufrj.br/index.php?option=com_content&task=view&id=473&Itemid=50>. Acesso em: 04 jun. 2011

ARAN, Daniel; LACA, Hernán. Sistema de salud de Uruguay. **Salud pública México**, Cuernavaca, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mai. 2012

BARUM, Alexandre Oliveira; CENTENO, Fernanda Voss; BARUM, Kassandra Balbuena. **Projeto de saneamento integrado Aceguá Brasil Aceguá Uruguai:** estudo de viabilidade socioeconômica. 102p. Pelotas, 2010. Disponível em: <[http://gd.mercosur.int/SAM%5CGestDoc%5CPubWeb.nsf/EEA8029EECBC4E0783257B0300141CBB/\\$File/ATTT40C5.pdf](http://gd.mercosur.int/SAM%5CGestDoc%5CPubWeb.nsf/EEA8029EECBC4E0783257B0300141CBB/$File/ATTT40C5.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2012.

BORBA, Marina de Neiva; HOSSNE, William Saad. A natureza jurídica da saúde na América Latina e Caribe: um estudo constitucional comparado. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS NA FRONTEIRA E O DIREITO: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Direito Sanitário. 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_frenteira_direito.pdf. Acesso 12 abr 2011.

BRASIL. **Constituição de 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. **Constituição de 1934.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. **Constituição de 1937.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao37.htm>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. **Cartilha dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Declaração do Jaguarão.** 1990. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/b-urug_210.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2011.

_____. **Portaria 1.120, de 06 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port_1120-05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

_____. **Decreto nº 7.239, de 26 de julho de 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, 26 jul. 2010.** Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=27/07/2010>>. Acesso em 04 dez. 2010.

_____. **Lei nº 12.723, de 9 de outubro de 2012.** Altera o Decreto-Lei nº 1.455, de 7 de abril de 1976, que dispõe sobre bagagem de passageiro procedente do exterior, disciplina o regime de entreposto aduaneiro, estabelece normas sobre mercadorias estrangeiras apreendidas e dá outras providências, para autorizar a instalação de lojas francas em Municípios da faixa de fronteira cujas sedes se caracterizam como cidades gêmeas de cidades estrangeiras e para aplicar penalidade aos responsáveis dos órgãos da administração direta ou indireta que dolosamente realizarem importação ao desamparo de guia de importação. Diário Oficial da União, nº 197, Brasília - DF, quarta-feira, 10 de outubro de 2012, p. 1.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/programas/programasregionais/faixa/objetivos.asp?area=spr_frenteira>. Acesso em: 12 nov. 2010.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** Brasília: 2005. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br/publicacoes/programasregionais/livro.asp>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Programa Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira.** Disponível em: <<http://www.abrasil.gov.br/nivel3/index.asp?id=77&cod=BUSCA>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. **PROMESO: Programa de Promoção da Sustentabilidade de Espaços Sub-Regionais.** Disponível em: <<http://www.mi.gov.br/programasregionais/publicacoes/promeso.asp>>. Acesso em: 05 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 55/1999.** Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações

Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica**. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_44/at_download/arquivo>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério do Planejamento. **Lista projetos**. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/programas_projeto/focem/110302_entrada_projeto_focem.pdf>. Acesso em 12 nov. 2011.

_____. Presidência da República. **Ajuste complementar ao acordo de cooperação técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para implementação do projeto “apoio ao fortalecimento do Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai com ênfase em localidades com menos de cinco mil habitantes”**. Disponível em: <<http://dai-mre.serpro.gov.br>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto de 8 de setembro de 2010**. Institui a Comissão Permanente para o Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – CDIF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Dnn/Dnn12853.htm>. Acesso em: 15 ago. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto; HOIRISCH, Claudia. A saúde pública no Brasil e a cooperação internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**. vol 2, n.2, pp. 213-229. Jul/dez 2011. Disponível em: <<http://www.revistabrasileiradects.ufscar.br/index.php/cts/article/viewFile/160/88>>. Acesso em: 27 jul. 2012

CASTRO, Iná Elias de. **Geografia e política: territórios, escalas de ação e instituições**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CIB. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Resolução nº 446/09** - CIB/RS. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340222463_cibr446_10.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2012.

CLEMENTE, Isabel. A región de frontera Uruguay-Brasil y la relación binacional: pasado y perspectivas. **Revista Uruguaya Ciência Política**, Montevideo, v. 19, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-97892010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jun 2011.

CODESUL. **CODESUL participa da Instalação do Núcleo de Integração da Faixa da Fronteira**. Disponível em: <<http://www.codesul.com.br/?action=noticias&id=138>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

COHN, Amélia. Descentralização, saúde e cidadania. **Lua Nova**, São Paulo, n. 32, Abr. 1994. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451994000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2011.

COMISSÃO BINACIONAL ASSESSORA DE SAÚDE BRASIL-URUGUAI. Relatório da Primeira Reunião da Comissão Binacional Assessora de Saúde Brasil-Uruguai. Chuí, mar. 2004. Disponível em: <http://www.eavirtual.ea.ufrgs.br/cbbu/biblioteca/mostrar.php?COD_ARQUIVO=20>. Acesso em: 10 out. 2012.

COMISSÃO PERMANENTE PARA O DESENVOLVIMENTO E A INTEGRAÇÃO DA FAIXA DE FRONTEIRA. **Apresentação.** Disponível em: <www.seplan.am.gov.br/.../CDIF_e_Estrategia_de_Instalacao_do_Nucleo_...>. Acesso em: 15 ago. 2011.

COMISIÓN BINACIONAL PRÓ CENTRO REGIONAL DE HEMODIÁLISIS PARA CHUY. **Objetivos propuestos por la Comisión Binacional pró-centro de hemodiálises para Chuy.** Chuy, 2011. 15 p.

COSTA, Rogério Haesbaert da. **Espaço e sociedade no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Mercado Aberto, 1995. 4ª ed.

COSTA, Rogério Haesbaert da. **O mito da desterritorialização:** do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 5ª ed.

CURCIO, Daniela da Rosa; SILVA, Mauricio Pinto da. Saúde sem fronteiras rede binacional de saúde na fronteira Brasil-Uruguai. *In:* Congresso Internacional de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional no Mercosul, 1, 2011, Pelotas. **Anais...** Pelotas: UFPEL, 2011. p. 172-175.

DAL PRA, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamaso. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez 2010.

DI GIOVANNI, Geraldo. Estruturas elementares das políticas públicas. **Caderno de pesquisa nº 82.** Campinas: UNICAMP, 2009, 32 p. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/index.php?s=15>>. Acesso em: 22 nov. 2011

DIETZ, Circe Inês. **Cenários contemporâneos da fronteira Brasil-Argentina:** infra-estruturas estratégicas e o papel dos atores no processo de cooperação/integração transfronteiriça. 239f. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13551>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

EL PAÍS. **Aceguá vive una ilusión como "El baño del Papa".** Montevideú, 21 set. 2008. Disponível em: <http://historico.elpais.com.uy/08/09/21/pciuda_371005.asp>. Acesso em: 15 dez. 2012.

FOLHA BARRENSE. Saúde. **Folha Barrense**, Barra do Quaraí, 15 ago 2010. Disponível em: <<http://www.barradoquarai.net/cidade/folha65.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2010.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas públicas**, nº 21 – jun 2000, p. 211-259. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FUENTES, Guillermo. El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideu, v. 19, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-97892010000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2012.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Municípios**: classificação quanto ao IDESE geral. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese_municipios_classificacao_idese.php?ano=2009&ordem=idese>. Acesso em: 10 jun. 2012.

FURTADO, Emmanuel Teófilo Furtado; MENDES, Ana Stela Vieira. Os direitos humanos de 5ª geração enquanto direito à paz e seus reflexos no mundo do trabalho: inércias, avanços e retrocessos na Constituição Federal e na legislação. **Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI**. Brasília, 20 a 22 de nov. 2008.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís; MORAES, Adnei. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Org). **SIS–MERCOSUL: uma agenda para a integração**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2004, p. 41-53. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ST_09_Port.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Orgs). **Sistemas de salud en Suramérica**: desafios para la universalidad la integralidad y la equidade. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p. 229-296; 727-776.

_____. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, supl. 2, p. S251-S266. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2010.

GLINOS, Irene A. Cross-border collaboration. In: WISNAR, M. et all. **Cross-border health care in the European Union**. World Health Organization/European Observatory on Health System and Policy. 2011. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

GOLIN, Tau. **A fronteira: governos e movimentos espontâneos na fixação dos limites do Brasil com o Uruguai e a Argentina.** Vol 1. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo Regional de Integração da Faixa de Fronteira. **Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Estado do Rio Grande do Sul – PDIF/RS.** Porto Alegre, 2012, 92p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=43> . Acesso em: 02 dez. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Censo 2004.** Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/fase1new/artigas/artigas_pres.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2011.

_____. **Censo 2011.** Disponível em: <<http://www.ine.gub.uy/censos2010/index.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. **Toponimia y categorización jurídica oficial de las localidades urbanas de Uruguay.** Montevidú, 2010. Disponível em: <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/toponimico/Categorizaci%F3n%20localidades%20urbanas%20orden%20alfab%E9tico.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012

INSTITUTO SOCIAL DEL MERCOSUL. **Institucional.** Disponível em: <http://ismerosur.org/pt-br/institucional/>. Acesso em: 13 nov. 2012.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EM SALUD. **Uruguai: se firmo primer convenio binacional de salud.** Disponível em: <<http://isags-unasul.org/site/2011/12/espanol-uruguay-se-firmo-primer-convenio-binacional-de-salud/?lang=es>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

JUNTA DEPARTAMENTAL DE CERRO LARGO. **Acta 50.** Melo, jun. 2011. 14 p. Disponível em: <<http://www.juntacerrolargo.gub.uy/Archivos/Orden%20del%20Dia/Acta%20N%B0%20050..pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012

_____. **Acta 74.** Melo, out. 2011. Disponível em: <<http://www.juntacerrolargo.gub.uy/Archivos/Orden%20del%20Dia/Acta%20N%B0%20074.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012

_____. **Acta 119.** Melo, set. 2012. Disponível em: <<http://www.juntacerrolargo.gub.uy/Archivos/Orden%20del%20Dia/Acta%20N%BA%20119.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012

_____. **Acta 122.** Melo, set. 2012. 26 p. Disponível em: <<http://www.juntacerrolargo.gub.uy/Archivos/Orden%20del%20Dia/Acta%20N%BA%20122.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012

JUNTA DEPARTAMENTAL DE ROCHA. **Acta sesión ordinária nº 7.** Rocha, ago. 2010. 19 p. Disponível em: <<http://www.juntacerrolargo.gub.uy/Archivos/Orden%20del%20Dia/Acta%20N%BA%20122.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012

KRIGER, Belmiro Tadeu Nascimento (b). **Sentença Ação ordinária (procedimento comum ordinário) nº 5000574-25.2011.404.7106/RS.** Santana do Livramento, nov. 2011, p. 1-13.. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-santana-livramento-autoriza.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012

LERESCHE, Jean-Philippe; SAEZ, Guy. Identités territoriales et régimes politiques de la frontière. *In: Pôle Sud*, nº 7 - 1997. p. 27-47. Disponível em: <http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pole_1262-1676_1997_num_7_1_978>. Acesso em: 17 nov. 2011.

LUCENA, Marta Gomes. **A condição fronteiriça Brasil-Uruguaí no Mercosul.** 1ª ed. 387p. Pelotas: EDUFPEl, 2012.

LUNELLI, João Paulo. **Razões do desenvolvimento sócio-econômico distintivo de colônia nova, distrito do município de Aceguá – RS.** 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. Disponível em: <http://www.ccei.urcamp.tche.br/disserta/disserta1_lunelli.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

MACHADO, Lia Osório. Limites, fronteiras e redes. *In: STROHAECKER, T.M. et al. Fronteiras e espaço global.* Porto Alegre, AGB, 1998, p. 41-49.
OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (Org). *In: Território sem limites: estudos sobre fronteiras.* Campo Grande: Ed. UFMS, 2005, 650 p. Disponível em: <<http://igeo-server.igeo.ufrj.br/retis/wp-content/uploads/2011/07/2005-Territorio-sem-limites-TCMO.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

_____. Cidades na fronteira internacional: conceitos e tipologia. *In: NÚÑES, Ángel; PADOIN, Maria Medianeira; OLIVEIRA, Tito Carlos Machado de (Org). Dilemas e Diálogos Platinos: fronteiras.* Dourados: Ed. UFDG, 2010, p. 59-72. Disponível em: <<http://www.ufgd.edu.br/editora/catalogo/dilemas-e-dialogos-platinos-fronteiras-angel-nunes-maria-medianeira-padoin-tito-carlos-machado-de-oliveira-2013-orgs>>. Acesso em: 03 jun. 2011.

_____. **Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade.** Revista Território, 8, 9-29, 2000. Disponível em: <<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pdf/liafront.pdf>>. Acesso em 12 set. 2012.

MERCOSUR. **MERCOSUR/CMC/DEC. Nº 45/04.** Fondo para la convergencia estructural del MERCOSUR. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/focem/archivo.php?a=e1eeeff2ede1f4e9f6e1a0ede1f2faefa>>

0b2b0b1b1afb2b0b0b4afe4e5e3dfb0b4b5adb2b0b0b4dfe5f3dfe6efeee4efe3efeef6e5f2e7e5eee3e9e1e5f3f4f2f5e3f4f5f2e1ecaef0e4e6e1080&x=29290c7&y=9191030>. Acesso em: 07 ago. 2011.

_____. **MERCOSUR/CMC/DEC. Nº 18/05.** Integración y funcionamiento del Fondo para la convergencia estructural y fortalecimiento de La estructura institucional del MERCOSUR. Disponível em:

<<http://www.mercosur.int/focem/archivo.php?a=1926272a25192c212e19d725192a3227d7e9e7e8e8e6e9e7e7ece61c1d1b17e7e8efe4e9e7e7ec171d2b171e1d1721262c311e2d261b1e271b1d25311e272a2c19241d2b2c2a1b2c21262b2c212ce5281c1e190b7&x=d5d5074&y=7d7d01c>>. Acesso em: 07 ago. 2011.

MIDES. **Diagnóstico Chuy x Chuí.** Rio Branco, 2007. Disponível em: <http://frontera.mides.gub.uy/innovaportal/file/2373/1/grupo_interinstitucional_chuy_chui.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2011.

_____. **Presentación del grupo interinstitucional de Bella Unión-Barra do Quaraí.** Barra do Quaraí, 2008. Disponível em: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/2027/3/innova.front/bella_union_-_barra_do_quarai>. Acesso em: 07 jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DE SALUD PUBLICA. **Convenio de cooperación trilateral Brasil – Uruguai – Alemania:** 5 millones de euros para capacitación de recursos humanos, cooperación técnica e infraestructura. Montevideú, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/uc_5979_1.html>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. **La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009).** Disponível em: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; BONTEMPO, Carla Gabriela Cavini. A implementação do sistema integrado de saúde nas fronteiras – SIS FRONTEIRAS no Rio Grande do Sul, Brasil. *In: Anais do II Simpósio Saúde do Trabalhador e Proteção Social no Mercosul.* Porto Alegre: 20 e 21 de jun. 2011, p.1-10.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRA, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2010.

PEITER, Paulo Cesar. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio.** Tese Apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Geociências para obtenção do grau de Doutor.

Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=042>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

PERKMANN, Markus. Cross-border regions in Europe: significance and drivers of regional cross-border co-operation. *In: European Urban and Regional Studies* 10(2): 153–171, Londres: SAGE Publications, 2003. Disponível em: <https://4680324593912299751-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/markusperkmann/Home/cross-border-regions/Cross-borderRegionsinEurope.pdf?attachauth=ANoY7cpadMrpsZktURtA-JR6CIBD23bYZbSqvWw4BFWZ-dA26etDklJeYk908ky6glLDZRNk9acvC2ZSuQG10gYwy7uzAskvN5IS76lyl8w4nblYmQ-h9VSFBb7p_7f8GYALazOwtEBnyQJCRsT4-6UH1U3jVW2dHRzEq9a-NDK4fFcZVBxkbOXLdSbOvu4bwmDssL7SB4n7Mj489foWqXZ0ZRwcE2eJD-zTWMsWfHHSJ7SXaL9NOTaYxCHou-UN5XpzWKQXn8Lq&attredirects=0>. Acesso em: 18 nov. 2011

PREFEITURA MUNICIPAL DA BARRA DO QUARAÍ. **Contrato de prestação de serviços 51/2011**. Barra do Quaraí, 16 dez. 2011.

_____. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.barradoquarai.rs.gov.br/PDF/historia.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PREUSS, Lislei Terezinha. O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90418/245170.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 ago. 2012.

PREUSS, Lislei Terezinha; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. As cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/12346>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PUCCI, Adriano Silva. **O estatuto da fronteira Brasil-Uruguai**. Brasília: FUNAG, 2010.

RAN. **Acta VII Reunión Grupo de Trabajo de Salud**. Montevideu, jul. 2011.

RAN. **Acta V Reunión Grupo de Trabajo de Salud**. Montevideu, jul. 2007. Disponível em: <http://www.eavirtual.ea.ufrgs.br/cbbu/biblioteca/mostrar.php?COD_ARQUIVO=26>. Acesso em: 10 ago. 2011.

RODRIGUES, Hamilton Santos. **Barra do Quaraí: história polític-administrativa**. Itaquí: Novigraf, 2005. 56p.

ROSENMÖLLER, Magdalene *et al.* Patient mobility: the context and issues. *In*: ROSENMÖLLER, Magdalene; MCKLEE, Martin; BAETEN, Rita. **Patient mobility in the European Union: learning from experience**. Copenhagen: WHO, 2006. p. 1-9

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. Florianópolis: UFSC; [Brasília]: CAPES/UAB, 2009.130p.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 17ª ed. São Paulo: Record, 2008.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SCHAFFER, Neiva Otero. Urbanização; as áreas de fronteira e a integração latino-americana. *In*: OLIVEIRA, Naia, BARCELLOS, Tanya, org. **O Rio Grande do Sul urbano**. Porto Alegre: FEE, 1990. p.141-160. Disponível em: <<http://cdn.fee.tche.br/digitalizacao/rio-grande-do-sul-urbano/rio-grande-do-sul-urbano-texto.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ACEGUÁ. **Plano de trabalho**: recurso adicional. Aceguá, 10 jan. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA DO QUARAÍ. **Plano de trabalho**: recurso adicional. Barra do Quaraí, 01 set. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHUÍ. **Plano de trabalho**: recurso adicional. Chuí, 15 jul. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAGUARÃO. **Plano de trabalho**: recurso adicional. Jaguarão, 05 mai. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTANA DO LIVRAMENTO. **Plano de trabalho**: recurso adicional. Santana do Livramento, 17 nov. 2010.

SILVA, Fabiane da Costa e. **Tramas territoriais na campanha gaúcha**: processo de transformações na área de Aceguá. 2009. 107 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16142>>. Acesso em: 12 out. 2010.

SILVA, Mauricio Pinto. **Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai**: Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera. 2009. 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Política Social) – Centro de Ciências Econômicas, Jurídicas e Sociais, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2009. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/dissertacoes/Dissertacao_Mauricio_Pinto_Silva.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

SIMÕES, Antonio José Ferreira. **Eu sou da América do Sul**. Brasília: FUNAG, 2012. Capítulo 3. Brasil e Uruguai sob o signo da solidariedade e do pragmatismo, p. 47-62.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, dez. 2006, p. 20-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2011.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. Território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (org). **Geografia: conceitos e temas**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011, p. 77-116.

SPOSITO, Eliseu Savério. Sobre o conceito de território: um exercício metodológico para a leitura da formação territorial do Sudoeste do Paraná. *In*: RIBAS, Alexandre Domingues *et a* (org). **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004. p. 17-36.

STEIMAN, Rebeca. **A geografia das cidades de fronteira**: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). 2002. 128f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Ciências) – Departamento de Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pdf/reb_dissert.pdf>. Acesso em: 30 out. 2011.

UFPEL. Unidades Fronteiriças de Saúde. **Jornal da UFPel**. Ano 4, nº 31, Dez. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Diagnóstico local de saúde Aceguá**. Porto Alegre, 2007a.

_____. **Diagnóstico local de saúde Barra do Quaraí**. Porto Alegre, 2008.

_____. **Diagnóstico local de saúde Chuí**. Porto Alegre, 2007b.

URUGUAI. **Cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud**. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2010, 8p. Disponível em: <http://www.asse.com.uy/uc_4707_1.html>. Acesso em: 16 out. 2012.

_____. **Constitución Política de la República Oriental del Uruguay (1967)**. Incluye reformas plebiscitadas el 26 de Noviembre de 1989; 26 de Noviembre de 1994; 8 de Diciembre de 1996 y 31 de Octubre de 2004. Disponível em: <<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Uruguay/uruguay04.html>>. Acesso em: 16 out. 2012.

_____. **Ley Nº 18.211**. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Montevideo, 2007. Disponível em: <<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>>>. Acesso em: 16 out. 2012.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, nº 35, Abr 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Descrição do entrevistado
 - 1.1 Nome
 - 1.2 Formação acadêmica
 - 1.3 Instituição que trabalha
 - 1.4 Cargo que ocupa
 - 1.5 Tempo no cargo

2. Concepções
 - 2.1 Fronteira
 - 2.2 População fronteiriça
 - 2.3 Acesso à saúde

3. Articulações e cooperações institucionais
 - 3.1 Conhecimento sobre espaços de discussão (comissões, comitês e outros)
 - 3.2 Atuação nesses espaços
 - 3.3 Verificação de proposições ou não
 - 3.4 Percepção sobre eventuais avanços advindos desses espaços
 - 3.5 Caso verificado avanços, como eles têm sido respaldados em outras esferas de discussão

4. Iniciativas informais
 - 4.1 Área da saúde
 - 4.2 Outras áreas em que se verificam atuação conjunta Brasil x Uruguai

5. Atores
 - 5.1 Atores envolvidos
 - 5.2 Atores que poderiam se envolver

6. Entraves
 - 6.1 Apontamento de possíveis gargalos na consolidação de um processo de cooperação/integração